

QCM en

PÉDIATRIE

Leila GALIAY

Interne en Chirurgie infantile

- 17 cas cliniques validés par des spécialistes
- 201 QCM corrigés et commentés
- Le visuel important «qui tombe»

ÉDITION 2016

Nouveau programme ECNI

 Medicilline

Éditions Médicilline

599 rue de la Nivelle - 45200 Amilly

contact@medicilline.com

www.medicilline.com

ISBN 978-2-915220-57-5

© 2015 Éditions Médicilline, première édition

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants-droit ou ayants-cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivant du Code Pénal.

INTRODUCTION

Bienvenue à vous, jeunes externes, qui vous embarquez dans un nouvel ouvrage de cas cliniques de pédiatrie !

Vous trouverez ici le fruit de mes trois années d'externat. J'ai essayé de relever tous les points importants de cette vaste spécialité que constitue la pédiatrie.

Pas – ou peu – de pièges, juste de l'essentiel, les choses à côté desquelles il ne faut absolument pas passer !

En effet, selon moi, la connaissance et la compréhension parfaites du cours sont indispensables à la construction du raisonnement médical ainsi qu'à la hiérarchisation des problèmes. Et à l'ECN, comme dans la vraie vie, les diagnostics prioritairement évoqués seront souvent le plus fréquent et/ou le plus grave...

J'espère pouvoir vous aider à travers cet ouvrage, non seulement pour l'ECN, mais également dans ce cheminement intellectuel qui fera de vous un (très) bon médecin.

Enfin, ne vous découragez pas. Comme l'a écrit Simone de Beauvoir, toute réussite déguise une abdication...

Et sachez vous ménager car l'externat est une intense course de fond !

Courage !

Leila Galiay

L'AUTEUR :

Leila GALIAY

Interne en chirurgie infantile

AUTRES OUVRAGES

AUX ÉDITIONS MÉDICILLINE

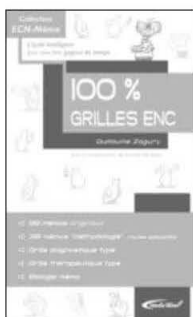
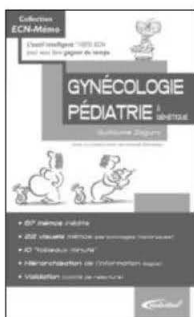
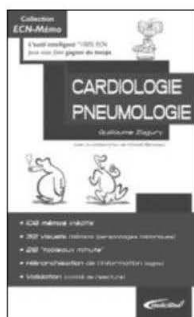
• Collection ECN Mémo

L'outil intelligent "100% ENC" pour vous faire gagner du temps. Une nouvelle collection adaptée au programme et à la nouvelle philosophie ENC : plus de longues listes à apprendre. En 2014, tous les étudiants ont approximativement la même base de connaissances avec environ 325 fiches de synthèse (soit personnelles, soit achetées dans le commerce). L'étape suivante consiste à structurer logiquement cette information, puis ensuite la retenir... Cet ouvrage est l'outil idéal pour décupler votre potentiel mnésique, de façon extrêmement efficace et 100% opérationnelle. Tout a été fait pour vous faire gagner du temps en ne vous proposant que des mémos à impact testés (l'auteur est un ancien conférencier d'internat) et répondant au cahier des charges d'un bon mémo (utilité, homogénéité, court,...).

2 exemples :

- Sérologie pour dater une infection ancienne : IgG (infection ancienne) penser : "GOLD" (IgG=Old, par suite IgM = Infection récente).
- Diabète type 1, les 4 axes du traitement : "DIDS" : Diététique (GLP 50%-30% 20%) - Insuline (1 U/kg/Jr) - Discipline (horaires réguliers,...) - Surveillance An/Sem/Tri/M/Jr).

Sachez sélectionner les 10 mémos adaptés à votre niveau et personnalité (de très nombreux mémos visuels ont été incorporés) et vous avez de l'or entre les mains.

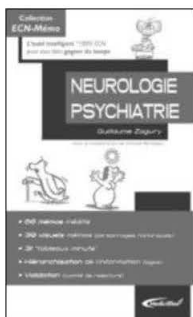
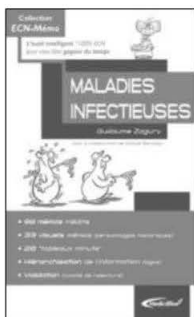
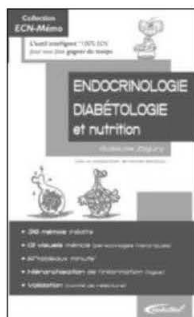
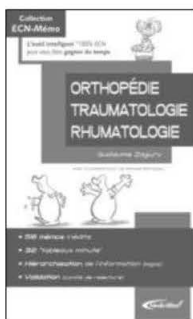


Ouvrages disponibles

en librairie

et sur

www.mediciline.com



• Collection Doc Protocoles

«Une image vaut 1000 mots»

Forte de ce constat, une équipe multidisciplinaire (médecins spécialistes, photographe, informaticiens), sous la direction du Pr Safran et du Dr Georget, nous propose cette collection unique en son genre.

Deux priorités constantes pour cette équipe :

- validation scientifique du travail,
- gain de temps pour l'utilisateur.

Ainsi, dans l'optique d'une utilisation "opérationnelle", notre objectif sera atteint si, à travers ces ouvrages, vous gagnez en assurance :

- avoir le "film en tête" si vous réalisez le geste pour la première fois,
- affiner les détails si vous révisez la technique ("See it, Do it, Teach it").

Ouvrages disponibles en librairie
et sur www.medicilline.com

VOTRE AVIS EST IMPORTANT

Si vous avez une suggestion, une idée de projet éditorial papier ou numérique, n'hésitez pas à nous contacter de façon à voir comment aider à concrétiser ce projet dans les meilleurs délais.

contact@Medicilline

guillaumez888@hotmail.com

AVERTISSEMENTS

Malgré tout le soin que nous avons apporté à l'élaboration de cet ouvrage, une erreur est toujours possible. Les informations publiées dans cet ouvrage ne sauraient engager la responsabilité des auteurs.

Copyright : Toute utilisation de mémos de cet ouvrage doit se faire après acceptation des éditions Medicilline.

SOMMAIRE

| | |
|--------------------------------|-----|
| Cas clinique n° 1 | 11 |
| Cas clinique n° 2 | 19 |
| Cas clinique n° 3 | 27 |
| Cas clinique n° 4 | 35 |
| Cas clinique n° 5 | 45 |
| Cas clinique n° 6 | 55 |
| Cas clinique n° 7 | 65 |
| Cas clinique n° 8 | 75 |
| Cas clinique n° 9 | 85 |
| Cas clinique n° 10 | 95 |
| Cas clinique n° 11 | 105 |
| Cas clinique n° 12 | 113 |
| Cas clinique n° 13 | 121 |
| Cas clinique n° 14 | 129 |
| Cas clinique n° 15 | 137 |
| Cas clinique n° 16 | 147 |
| Cas clinique n° 17 | 155 |
| Bonus : questions isolées..... | 165 |

DÉDICACES

Je tiens à profiter de cet espace de liberté pour remercier ces personnes, rares mais précieuses, de ma famille et de mes amis, qui m'ont soutenu dans mon travail et qui continuent de le faire.

À Bip et Choupi...

Leila Galiay

À SAVOIR :

- Pour chaque cas clinique (**cf. ci-contre**) sont indiqués en première page le niveau de difficulté, sur une échelle de 3, ainsi que le degré de « tombabilité » (thermomètre) sur une échelle de 5.
- Le concours se déroulera sur tablette tactile avec déroulement progressif du cas clinique, réponses à fournir sans possibilité de lire le cas en intégralité et de revenir sur les réponses précédentes. L'idée est de réaliser le cas en conditions réelles sans le lire dans son intégralité mais question par question.

Difficulté : 1 2 3



Mathis, 6 mois, arrive aux urgences accompagné de sa grand-mère en plein mois de janvier. Après avoir eu le nez qui coule pendant quelques jours, il semble avoir des difficultés pour respirer. Selon sa grand-mère, il n'aurait pas eu de température au domicile. Il s'agit du premier épisode de ce genre à sa connaissance.

Mathis est un enfant sans histoire, né à terme et avec un carnet de santé ne signalant pas de problème particulier. Les vaccins obligatoires ont été réalisés. Il est habituellement gardé au domicile par sa mère qui l'allaita encore en complément de sa diversification alimentaire commencée il y a deux mois.

Vous évoquez une bronchiolite aiguë non compliquée et sans gravité en premier lieu.

QCM 1

Que cherchez-vous à l'examen physique pulmonaire en faveur de ce diagnostic ?

- A - Sifflement expiratoire
- B - Râles sibilants
- C - Wheezing
- D - Tirage intercostal marqué
- E - Freinage expiratoire

QCM 2

Malgré un carnet de santé sans particularité, vous souhaitez, à juste titre, éliminer une myocardite aiguë. Quels signes physiques seraient en faveur de cette hypothèse ?

- A - Tachycardie
- B - Souffle cardiaque
- C - Fièvre > 38°C
- D - Hypotension artérielle
- E - Hépatomégalie

QCM 3

La grand-mère, quelque peu paniquée, a des difficultés à vous renseigner sur l'état de base de Mathis. Afin de vous conforter dans votre diagnostic, vous décidez, à tort ou à raison, de réaliser une imagerie.



Interprétez cette image.

- A - Pas d'anomalie
- B - Radiographie thoracique de face en inspiration
- C - Distension thoracique
- D - Absence de cardiomégalie
- E - Horizontalisation des côtes

QCM 4

Vous êtes rassuré et envisagez un traitement en ambulatoire. Quelles mesures sont à prendre avant un éventuel retour au domicile ?

- A - Contacter les parents de Mathis
- B - Établir une ordonnance de kinésithérapie respiratoire systématiquement
- C - Délivrer des consignes de surveillance orales et écrites
- D - Discuter l'introduction d'une antibiothérapie
- E - Déconseiller la mise en collectivité

QCM 5

La mère de Mathis finit par récupérer son fils aux urgences et le ramène chez lui après s'être entretenu avec vous. Que comporte votre traitement ?

- A - Allaitement exclusif jusqu'à régression des difficultés respiratoires
- B - Il s'agit d'un traitement symptomatique
- C - Arrêt du tabagisme parental
- D - Désobstruction rhino-pharyngée
- E - Fractionnement des repas.

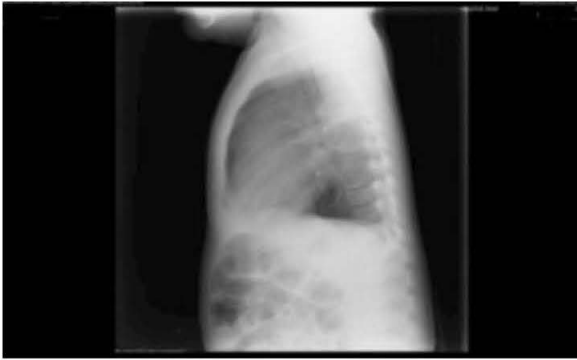
QCM 6

Trois jours plus tard, alors que vous êtes (encore) de garde, Mathis revient avec sa maman car son état semble se dégrader. Vous cherchez immédiatement une complication de la bronchiolite aiguë. Quelles hypothèses envisagez-vous ?

- A - Bronchite aiguë
- B - Pneumopathie aiguë communautaire
- C - Otite moyenne aiguë purulente
- D - Atélectasie
- E - Angine érythémateuse

QCM 7

Votre examen retrouve une fièvre à 39°C et un examen pulmonaire modifié. Vous décidez de refaire une radiographie thoracique.



À propos de cette imagerie :

- A - Un cliché de face en inspiration est indispensable
- B - On retrouve une opacité alvéolaire systématisée
- C - On retrouve une opacité parenchymateuse interstitielle
- D - Pas d'anomalie
- E - Absence d'épanchement pleural

QCM 8

Devant cette imagerie, votre diagnostic est posé : Quel germe suspectez-vous en priorité ?

- A - Streptococcus pneumoniae
- B - Virus respiratoire syncytial
- C - Moraxella catarrhalis
- D - Mycoplasme
- E - Pneumocoque

QCM 9

Quels signes de gravité cherchez-vous ?

- A - Une atteinte radiographique > 2 lobes
- B - Une fréquence respiratoire < 60
- C - Une SpO₂ < 94 %
- D - Une cyanose des extrémités

QCM IO

La mère de Mathis vous signale que son enfant a des difficultés à s'alimenter : oui, il lui semble qu'il prend moins de la moitié de ses repas par rapport à d'habitude. Quelle est votre prise en charge ?

- A - Vous l'hospitalisez
- B - Vous prescrivez de l'amoxicilline injectable en urgence
- C - Vous prescrivez des hémocultures et un bilan biologique
- D - Vous prescrivez une C3G injectable en urgence
- E - Vous le laissez rentrer au domicile avec des consignes de surveillance et une convocation à 48 h pour suivi.

QCM II

À 72 h, l'évolution est favorable :

- A - Vous prévoyez un contrôle radiologique à un mois
- B - Vous laissez une trace dans le carnet de santé
- C - Vous conseillez une vaccination par le pneumo23 pour Mathis
- D - Vous contrôlez radiologiquement la guérison avant le retour au domicile
- E - Vous prévenez les parents de la possibilité d'une récurrence

QCM 12

Quelles sont les indications des AC monoclonaux anti-VRS ?

- A - Mucoviscidose
- B - Enfant né à un terme ≤ 32 SA ayant moins de 6 mois au début de la période épidémique
- C - Enfant né à un terme ≤ 32 SA ayant moins de 2 ans et ayant nécessité un traitement à visée respiratoire dans les 6 mois précédents
- D - Insuffisance mitrale asymptomatique
- E - Aucune de ces réponses

RÉPONSES :

QCM 1 : ABCE - QCM 2 : ABE - QCM 3 : BCDE - QCM 4 : ACE - QCM 5 : BCDE - QCM 6 : BCD - QCM 7 : ABE - QCM 8 : AE - QCM 9 : CD - QCM 10 : ACD - QCM 11 : ABE - QCM 12 : E.

Items abordés :

151 - Infections bronchopulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant.

Références HAS

- Prise en charge de la bronchiolite de nourrisson (2000).

Difficulté : 1 2 3



Nathan, 9 mois, est emmené par sa mère dans votre cabinet de ville en plein mois de décembre. En effet, celui-ci présente une diarrhée depuis le matin même, non associée à des vomissements ni à de la fièvre selon sa mère. Il continue de s'alimenter normalement, avec du lait infantile qu'il prend depuis son plus jeune âge associé à la diversification alimentaire en cours.

Cet enfant est gardé habituellement en crèche. Il n'y a pas de notion de séjour à l'étranger récent. Ses vaccinations sont à jour et il n'y a pas de problème signalé dans le carnet de santé. Nathan mesure 71 cm pour 9 kg (9,1 kg la veille selon sa mère qui le surveille de près).

Au cours de votre examen clinique, vous vérifiez que Nathan ait un développement psychomoteur en accord avec son âge.

QCM 1

Que vous attendez-vous à trouver si le développement psychomoteur de l'enfant est normal ?

- A - La pince pouce-index est présente
- B - L'enfant tient assis avec appui
- C - L'enfant tient debout sans appui
- D - L'enfant dit « non » et sait associer deux mots
- E - Absence de réflexes archaïques

QCM 2

Votre examen est normal. Quel est le rationnel de l'alimentation d'un enfant de 9 mois ?

- A - L'allaitement maternel reste recommandé par l'OMS en accompagnement de la diversification alimentaire
- B - Les aliments allergènes doivent être introduits progressivement en petite quantité
- C - Le lait infantile correspond à une préparation pour enfant en bas âge
- D - 0,5 L de lait quotidiens sont nécessaires
- E - Le lait sans lactose est systématiquement recommandé après une GEA

QCM 3

En ce qui concerne la pathologie actuelle de Nathan :

- A - Il s'agit d'une diarrhée aiguë avec déshydratation
- B - Il s'agit d'une diarrhée aiguë sans déshydratation
- C - Dans ce contexte, l'origine virale est la première à évoquer
- D - La présence de fièvre vous ferait évoquer en premier lieu une étiologie bactérienne
- E - Si Nathan avait reçu le vaccin contre le rotavirus, vous pourriez exclure cette hypothèse

QCM 4

L'hypothèse d'une diarrhée aiguë d'origine virale (GEA) est finalement retenue. Vous décidez de le renvoyer au domicile. Quelles mesures prenez-vous ?

- A - Vous prescrivez une SRO type Adiaril 1x/jour
- B - L'allaitement est à réintroduire précocément
- C - Vous recommandez une surveillance quotidienne du poids
- D - Vous conseillez à sa mère de ramener l'enfant si la symptomatologie clinique ne s'est pas améliorée après 48 h de traitement symptomatique
- E - L'éviction de la collectivité est obligatoire dans ce contexte

QCM 5

24 h plus tard, la mère de Nathan revient paniquée à votre consultation avec son fils. Il vomit maintenant tout ce qu'il avale et la diarrhée ne s'est pas améliorée... À votre examen, vous retrouvez un enfant moins réactif qui pèse à présent 8,37 kg. Quelle conduite adoptez-vous dans l'immédiat ?

- A - Vous transférez immédiatement Nathan à l'hôpital
- B - Vous tentez une réhydratation orale par SRO dans votre cabinet
- C - Si votre tentative de réhydratation échoue, vous transférez Nathan à l'Hôpital pour un remplissage vasculaire
- D - Vous demandez un ionogramme sanguin + urée + créatinémie
- E - Vous rassurez sa mère

QCM 6

Votre traitement finit par porter ses fruits et Nathan guérit de sa GEA. Deux mois plus tard, il revient vous voir. Une diarrhée persiste. En analysant son carnet de santé, vous notez une modification de la courbe staturopondérale suite à l'épisode de GEA. Sa mère vous dit que Nathan est devenu plutôt réfractaire à l'alimentation et qu'il est très souvent ballonné. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A - Il s'agit d'une diarrhée chronique
- B - Il faut penser à une étiologie fonctionnelle type TFI dans ce cas
- C - La modification de la courbe de poids avant celle de la taille oriente vers un problème digestif
- D - Vous pensez prioritairement à une APLV
- E - Vous pensez prioritairement à une maladie coeliaque

QCM 7

Vous soupçonnez une maladie coeliaque. Sur quels arguments ?

- A - Il n'y a pas de dermatite
- B - La prédisposition génétique pour cette pathologie est fréquente en population générale
- C - Il n'y a pas de manifestation ni d'antécédent d'atopie
- D - La symptomatologie a commencé à distance de l'introduction des PLV
- E - La pathologie s'est déclarée après un épisode d'infection digestive virale

QCM 8

Comment confirmez-vous votre diagnostic ?

- A - Au niveau biologique, dosage des IGA anti-transglutaminases seules
- B - Biopsie duodénale en première intention et systématique
- C - Si les IGA anti-transglutaminases sont positives à > 10 N, vous doserez les IGA anti-endomysium et déterminerez le groupe HLA DQ
- D - Un infiltrat lymphoplasmocytaire du chorion ainsi qu'une atrophie subtotale des villosités sont typiques
- E - Le régime d'éviction sera d'efficacité rapide

QCM 9

Votre diagnostic est confirmé. Quel est votre traitement et comment jugez-vous de son efficacité ?

- A - Éviction du gluten à vie immédiate avant confirmation diagnostique
- B - Le suivi au long cours sera essentiellement clinique
- C - La symptomatologie clinique régressera en 15 jours
- D - Les IGA se négativeront en quelques mois
- E - Il faut corriger les carences diagnostiquées

QCM IO

Quelles sont les mesures à associer à la maladie colique ?

- A - Prise en charge à 100 % à titre d'ALD30
- B - ASE (aide sociale à l'enfance)
- C - Éducation thérapeutique des parents et de l'enfant
- D - Soutien diététique
- E - PAI (projet d'accueil individualisé)

QCM II

Vous constatez que l'examen du 9^e mois n'a pas été fait. À propos de cet examen...

- A - Il est le moment idéal pour dépister un autisme au cours du développement de l'enfant
- B - Votre examen comportera 5 axes
- C - Il existe 4 examens obligatoires et systématiques de l'enfant
- D - Vous établissez un certificat obligatoire dans le carnet de santé
- E - Vous établissez un certificat obligatoire qui sera transmis à la PMI

RÉPONSES :

QCM 1 : AE - **QCM 2** : ABD - **QCM 3** : BC - **QCM 4** : BCD
- **QCM 5** : BE - **QCM 6** : ACE - **QCM 7** : BCDE - **QCM 8** :
CDE - **QCM 9** : BCDE - **QCM 10** : CDE - **QCM 11** : BDE.

Items abordés :

44 - Suivi médical de l'enfant. **45** - Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant. **53** - Développement psychomoteur. **143** - Vaccinations. **282** - Diarrhée chronique de l'enfant. **283** - Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.

Références HAS

- Vaccination en pédiatrie (2005).
- Allaitement maternel-mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant (2002).

Difficulté : 1 2 3



De garde aux urgences pédiatriques, vous recevez Myriam, 4 mois, accompagnée de ses parents.

Il s'agit d'un premier enfant sans antécédent particulier, né à terme d'une grossesse normale. Son suivi médical est régulièrement effectué par son pédiatre en ville. Elle est gardée au domicile par sa mère qui continue de l'allaiter. Ses parents décrivent des régurgitations quotidiennes survenant dès la fin de la prise des repas.

Vous pensez immédiatement à un RGO et souhaitez éliminer une forme pathologique.

QCM I

Que recherchez-vous à l'interrogatoire des parents ?

- A - Des pleurs ainsi qu'un refus de l'alimentation après quelques suctions vous orienterait vers une œsophagite
- B - Antécédent de malaise
- C - L'hématémèse peut être retrouvée dans l'œsophagite
- D - Des otites à répétition
- E - Toutes les réponses sont correctes

QCM 2

**Vous ne retrouvez aucun signe de RGO pathologique...
Quelle conduite adoptez-vous alors ?**

- A - Vous confirmez votre diagnostic par une pH-métrie des 24 h
- B - Vous rassurez les parents : la disparition des symptômes est fréquente vers l'âge de 1 an
- C - Un IPP peut être prescrit transitoirement pour le confort de l'enfant
- D - Vous conseillez l'introduction d'un lait anti-régurgitation en remplacement de l'allaitement maternel actuel
- E - Vos conseils comporteront entre autres de fractionner les repas, de ne pas trop serrer les couches et de ne pas coucher directement l'enfant après un repas.

QCM 3

Après avoir correctement rempli le carnet de santé de Myriam, vous la renvoyez chez elle. Ce n'est que 4 ans plus tard, alors que vous êtes devenu chef aux urgences pédiatriques que vous revoyez l'enfant. Cette fois le tableau semble beaucoup plus sévère. Ses parents vous expliquent que leur fille souffre d'une asthénie d'apparition rapidement progressive depuis quelques semaines ainsi que de douleurs d'allures osseuses.

Une biologie réalisée en débrouillage lors de son arrivée à l'hôpital vous interpelle :

- Hb : 6,5 Ht : 21 VGM : 87 CGM : 27 TGM : 31 ;
- GB : 3,4 ;
- Plq : 50 000 ;
- Blates circulants.

Interprétez ces résultats.

- A - Anémie normocytaire normochrome
- B - Thrombocytose
- C - Leucopénie
- D - Pancytopénie
- E - Les réticulocytes seront probablement augmentés dans ce contexte

QCM 41

Vous évoquez immédiatement une pathologie tumorale Quel diagnostic évoquez-vous en priorité dans ce contexte ?

- A - Leucémie aiguë myéloïde
- B - Leucémie aiguë lymphoïde B
- C - Lymphome B
- D - Leucémie aiguë lymphoïde T
- E - Aucune

QCM 5

Vous éliminez une complication pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme et décidez d'approfondir votre examen clinique. À propos de cet examen :

- A - Une splénomégalie fait partie du syndrome tumoral
- B - Les douleurs osseuses prédominent généralement au niveau des diaphyses distales
- C - Les douleurs osseuses chroniques font partie du syndrome tumoral
- D - Un examen neurologique est indispensable
- E - Le syndrome tumoral est en lien avec une prolifération excessive de mégacaryocytes

QCM 6

Enfin, vous retrouvez une splénomégalie. Le seul signe d'insuffisance médullaire que vous retrouvez est une pâleur excessive, confirmée par ses parents. Vous pensez à une LAL et souhaitez confirmer vos craintes. Quel(s) examen(s) paracliniques(s) prescrivez-vous ?

- A - Ponction médullaire après bilan d'hémostase sans anomalie
- B - Bilan d'hémostase
- C - Scanner abdominal injecté

- D - Échographie abdominale
- E - Une ponction lombaire sera effectuée dans le bilan de cette pathologie de façon systématique

QCM 7

Si votre hypothèse diagnostique principale s'avère correcte, que vous attendez-vous à retrouver sur ces examens ?

- A - L'étude cytochimique du myélogramme retrouvera une myélopéroxydase +
- B - L'étude morphologique du myélogramme retrouvera une blastose $>$ ou $=$ à 20 % (blastés avec granulations et corps d'Auer)
- C - L'étude morphologique du myélogramme retrouvera une moelle pauvre en cellules et riche en mégacaryoblastes
- D - La cryoconservation des blastés ne s'effectuera que si des essais cliniques sont en cours
- E - L'immunophénotypage des blastés permet de déterminer si la LAL est B ou T

QCM 8

Que recherchez-vous également via vos différents examens complémentaires ?

- A - Atteinte neuro-méningée grâce à la ponction lombaire
- B - CIVD : ddi augmentés associés à un critère majeur de consommation ou à deux critères mineurs de consommation
- C - Une concentration en fibrinogène $<$ ou $=$ à 1 g/L correspond à un critère majeur de consommation dans la CIVD
- D - Le syndrome de lyse peut être responsable d'une hypokaliémie
- E - Les LDH sont des indicateurs de choix dans le syndrome de lyse

QCM 9

De façon générale, concernant les cancers de l'enfant :

- A - Il faut se mettre rapidement en contact avec un centre de référence en cancérologie pédiatrique
- B - Ils sont rares et le plus souvent sporadiques
- C - Les tumeurs cérébrales sont les premiers cancers en terme de fréquence chez l'enfant
- D - Ils sont peu chimiosensibles
- E - La rémission est plus rapide que chez l'adulte mais les rechutes plus fréquentes

QCM IO

Votre diagnostic final est une leucémie aiguë lymphoïde B sans CIVD, ni syndrome de lyse, ni localisation neuro-méningée. Quelles mesures thérapeutiques instaurez-vous ?

- A - Le ROR peut être effectué si ce vaccin n'est pas à jour
- B - Une polychimiothérapie séquentielle intensive est le traitement de référence
- C - Une transfusion de CGR pourra être réalisée en cas d'anémie sévère mal tolérée
- D - La prévention du syndrome de lyse se fait par hydratation correcte et colchicine
- E - En cas de transfusion de CGR, le contrôle de Beth Vincent sera à réaliser au lit de la patiente avant le début de la transfusion

QCM II

Concernant la prise en charge de la douleur :

- A - L'auto-évaluation repose uniquement sur l'échelle des visages chez un enfant de 4 ans
- B - Un enfant de 4 ans peut bénéficier d'une auto-évaluation de la douleur
- C - L'inhalation de MEOPA rend plus simple votre examen clinique chez un enfant douloureux

- D - Le paracétamol, antalgique de palier 1, est habituellement prescrit à la posologie de 15 mg/kg/6 h en l'absence de contre-indication (PO)
- E - La nalbuphine, antalgique de palier 2, est habituellement prescrite à la posologie de 0,2 mg/kg/4-6 h en l'absence de contre-indication (PO)

RÉPONSES :

QCM 1 : ABCDE - QCM 2 : BE - QCM 3 : ACD - QCM 4 : B - QCM 5 : ACD - QCM 6 : ABE - QCM 7 : E - QCM 8 : ABE - QCM 9 : AB - QCM 10 : BCE - QCM 11 : BCD.

Items abordés :

134 - Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques.
268 - RGO chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale. **294** - Cancer de l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Références HAS

- Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans (2000).

Difficulté : 1 2 3



Théa, 2 ans, vous est emmenée par sa mère aux urgences pédiatriques de votre bourgade en plein mois de septembre. Celle-ci vous explique que sa fille a présenté brutalement des céphalées intenses et inhabituelles, augmentées par la lumière. Une fièvre à 38,5°C a également été constatée au domicile.

Il s'agit d'un 2^e enfant né à 39 SA et gardé en crèche. Elle a comme seuls antécédents une OMA et quelques épisodes de rhinopharyngite. Les vaccins obligatoires sont à jour. Aucun voyage à l'étranger n'a été effectué récemment.

À l'examen, vous notez que Théa est effectivement algique et ne tolère ni la lumière ni le bruit (bien qu'elle paraisse un peu somnolente). Vous retrouvez une raideur de nuque manifeste avec les signes de Kernig et de Brudzinski +.

QCM 1

Concernant votre examen clinique initial :

- A - Il existe un syndrome méningé
- B - Il existe des signes d'atteintes encéphalitiques
- C - Le signe de Kernig correspond à une flexion associée des cuisses et des jambes lorsque l'on cherche à faire fléchir les cuisses sur le bassin jambes fléchies
- D - Absence de photophobie
- E - Le signe de Brudzinski correspond à une antéflexion de la tête involontaire lorsque l'on effectue une flexion contrariée des membres inférieurs

QCM 2

Que recherchez-vous en urgence à l'examen physique ?

- A - Des signes de localisation neurologique signent une atteinte encéphalitiques et font envisager une méningo-encéphalite virale
- B - Des signes de localisation neurologique (leur présence implique de différer la ponction lombaire après la pratique d'une imagerie cérébrale
- C - Des signes de gravité immédiate neurologiques, respiratoire et hémodynamique
- D - Le glasgow doit impérativement être ≥ 13 pour réaliser la ponction lombaire
- E - Un purpura fulminans contre-indiquera formellement la PL

QCM 3

Le purpura fulminans...

- A - Correspond systématiquement à une infection invasive à *N. Meningitidis*
- B - On observe une lésion cutanée qui ne s'efface pas à la vitropression
- C - Il faut entourer les lésions lorsque l'on constate sa présence
- D - Impose une hospitalisation en réanimation le plus souvent
- E - Impose l'introduction d'une antibiothérapie en urgence avant tout examen complémentaire

QCM 4

Vous ne retrouvez pas d'instabilité hémodynamique, de signe d'atteinte encéphalitique, ni de purpura fulminans. Quels examens complémentaires prescrivez-vous obligatoirement ?

- A - PCT
- B - Ponction lombaire (après le début de l'antibiothérapie)
- C - Lactates
- D - Dosage des plaquettes
- E - Hémocultures

QCM 5

Quelles anomalies retrouvées à la ponction lombaire vous orienteront vers une infection d'origine bactérienne ?

- A - Analyse cytologique : cellularité < 10 (avec PNN $\geq 50\%$)
- B - Analyse biochimique : protéinorachie $> 0,4\text{g/L}$ et glycorachie/glycémie $< 0,4$ (excellentes sensibilité et spécificité)
- C - Analyse macroscopique : liquide purulent
- D - Si la PL est négative mais que les hémocultures retrouvent un germe connu dans les méningites, alors le diagnostic pourra être posé avec certitude
- E - L'analyse microbiologique ne sera réalisée que si aucune antibiothérapie n'a été introduite avant la ponction lombaire (négativation des prélèvements)

QCM 6

Vous réalisez vos examens en bonne et due forme. Les premiers résultats arrivent :

- Analyse macroscopique : liquide purulent ;
- Analyse cytologique : cellularité $150/\text{mm}^3$;
- Analyse biochimique : protéinorachie $0,9\text{ g/L}$;
- Analyse microbiologique (examen direct) : Cocci gram négatif.

Le germe causal ne vous est pas inconnu...

Concernant les bactéries les plus fréquemment impliquées dans la méningite aiguë de l'enfant

- A - Le *S. pneumoniae* ne peut pas être suspectée chez un enfant vacciné par le prevnar 13
- B - Le pneumocoque, plus fréquent après 1 an, est un cocci gram positif
- C - Le méningocoque, plus fréquent avant 1 an, est un cocci gram négatif
- D - Une brèche ostéo-méningée aurait signé l'implication certaine d'un cocci gram négatif
- E - Leur voie de contamination est le plus souvent hémotogène

QCM 7

Quelle va être votre prise en charge thérapeutique dans l'immédiat pour Théa ?

- A - Corticothérapie IV par Dexaméthasone (lutte contre l'inflammation méningée)
- B - Antibiothérapie par C3G IV à dose méningée augmentée pendant 10-15 j
- C - Antibiothérapie par C3G IV à dose méningée conventionnelle (cefotaxime 200 mg/kg/j) pendant 4-7 j
- D - Traitement anticonvulsivant en prévention primaire
- E - Hospitalisation systématique en réanimation

QCM 8

Quelles mesures allez-vous devoir associer à votre traitement dans ce contexte ?

- A - Déclaration obligatoire
- B - Antibiotoprophylaxie précoces des sujets contacts par rifampycine per os pendant 4 jours
- C - Isolement de type Air
- D - Vaccination systématique
- E - Les petits camarades de crèche devront être considérés comme contacts par principe

QCM 9

Théa répond correctement à votre traitement de première intention : vous observez une amélioration franche de la symptomatologie clinique. Quelle est votre surveillance ?

- A - Immédiate : contrôle systématique de la ponction lombaire
- B - À distance : contrôle par TDM cérébral
- C - À distance : recherche d'un déficit immunitaire
- D - Les séquelles psycho-motrices ne sont pas de recherche courante chez l'enfant de plus de 2 ans
- E - À distance : test audiométrique (PEA) à la recherche d'une surdité acquise à J15 et 1x/3 mois pendant 1 an

QCM IO

Après cet épisode mouvementé, vous vous interrogez sur la prophylaxie vaccinale du méningocoque...

- A - Le vaccin contre le séro groupe B n'existe pas
- B - Le séro groupe B est le plus fréquemment retrouvé en France
- C - En cas de méningite par un séro groupe A,C,Y ou W135, le vaccin tétra conjugué doit être réalisé chez tous les sujets contacts
- D - En cas de méningite due au séro groupe C, le vaccin contre ce dernier doit être réalisé chez tous les sujets contacts
- E - En cas de méningite due au séro groupe B, le vaccin contre ce dernier doit être réalisé chez tous les sujets contacts

QCM II

Votre prise en charge est un succès. Cependant, au cours de votre suivi, vous vous apercevez que Théa a acquis une légère surdité suite à cet épisode. À propos du trouble auditif de l'enfant :

- A - À 2 ans, le PEA est un moyen objectif d'évaluation de l'audition
- B - À 2 ans, on peut effectuer des audiométries tonale et vocale pour évaluer subjectivement l'audition

- C - Une prise en charge précoce est indispensable pour éviter un retentissement sur le développement de l'enfant
- D - Dans le cas de Théa, il s'agit probablement d'une surdité de transmission
- E - La prise en charge est dite bio-psycho-sociale

QCM 12

3 ans plus tard, c'est cette fois le petit frère de Théa (20 mois) qui vous est amené au urgences. Ce dernier aurait présenté un épisode de secousses ainsi que de la fièvre au domicile. À l'arrivée aux urgences, l'épisode est résolu. L'enfant est concient et a un comportement adapté. Vous constatez qu'un épisode de rhinopharyngite est en cours. Vous pensez à un épisode de convulsions fébrile. Quels éléments indispensables allez-vous rechercher ?

- A - Argument en faveur d'une crise fébrile simple : crise partielle tonico-clonique
- B - Argument en faveur d'une crise fébrile simple : durée > 15 min
- C - Une perte de contact (révulsion oculaire) pendant l'épisode
- D - Un diagnostic différentiel (spasme du sanglot)
- E - Un désordre métabolique (hypoglycémie)

QCM 13

L'épisode était en fait une crise généralisée tonico-clonique (secousse des 4 membres sur aréactivité et hypotonie) de 2 min. Votre examen clinique est sans particularité. Vous pensez à une crise fébrile simple. Si votre diagnostic est le bon, quelle doit être votre prise en charge ?

- A - Administration immédiate de benzodiazépine (BZD) afin d'éviter une récurrence
- B - Réassurance parentale
- C - Information des parents : le risque de récurrence existe jusqu'à que l'enfant soit pubère
- D - Éducation des parents sur la conduite à tenir en cas de récurrence : BZD 0,5 mg/kg en intra-rectal si la crise dure plus de 5 min avec prise en charge de la fièvre
- E - Hospitalisation si les parents sont inquiets pour réalisation d'un EEG à minima

RÉPONSES :

QCM 1 : AC - QCM 2 : ABC - QCM 3 : BCDE - QCM 4 : DE - QCM 5 : BC - QCM 6 : E - QCM 7 : C - QCM 8 : AE - QCM 9 : CE - QCM 10 : BD - QCM 11 : ACE - QCM 12 : CDE - QCM 13 : ABD.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

4. Un taux de plaquette anormalement bas contre-indique la PL (comme les anticoagulants).
7. L'adjonction de vancomycine n'est plus d'actualité dans le traitement des méningites de l'enfant à pneumocoque.
8. Le vaccin ne s'envisage qu'après détermination du sérotype, isolement de type gouttelettes.
10. Le vaccin contre le sérotype B ne se fait que dans un contexte épidémique, celui contre la souche ACYW135 ne s'envisage que chez les sujets > ou = 11 ans.

Items abordés :

87 - Altération de la fonction auditive. **134** - Convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant. **143** - Vaccinations. **148** - Méningites, méningo-encéphalites chez l'adulte et l'enfant.

Références HAS

- Évaluation de la détection du génôme des entérovirus dans le liquide céphalorachidien par amplification génique dans les méningites (2014).
- Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0   6 ans, hors accompagnement scolaire (2009).

Difficulté : 1 2 3



Vous recevez dans votre cabinet de pédiatrie de ville Enzo, 5 ans, accompagné de son père. Vous suivez cet enfant depuis plusieurs années : il n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'une atopie familiale connue (rhinites allergiques chez la mère). Son père vous explique que depuis environ un mois, son fils présente des épisodes de toux et de sifflements répétés, notamment le soir. Il ne sait pas vous dire s'il existe un facteur déclenchant et jusqu'à présent ces épisodes ont été de résolution spontanée. Enzo semble se porter comme un charme. Vous évoquez un asthme de l'enfant.

QCM I

Quels(s) argument(s) présent(s) dans cette observation vous permet(tent) d'évoquer ce diagnostic ?

- A - Absence de facteur déclenchant des crises
- B - Sexe masculin
- C - Résolution spontanée des crises
- D - Atopie au 1^{er} degré
- E - Absence d'argument en faveur d'un diagnostic différentiel

QCM 2

Quels arguments vous auraient fait envisager un diagnostic différentiel de l'asthme de l'enfant ?

- A - Des crises uniquement liées à l'effort
- B - Un retentissement sur la croissance staturo-pondérale
- C - Un bilan allergologique négatif
- D - Un antécédent de syndrome de pénétration
- E - Aucun

QCM 3

Après examen attentif de votre patient, rien ne semble remettre en cause votre diagnostic initial. Quel(s) va(vont) être l'(les)examen(s) paraclinique(s) de votre bilan initial de sa pathologie ?

- A - Radiographie thoracique
- B - Exploration fonctionnelle respiratoire (Courbe débit/volume)
- C - Test de la sueur
- D - Test allergologique : patch test
- E - Test allergologique : prick test

QCM 4

Vous réalisez alors cet examen :



Interprétez-le.

- A - Distension thoracique
- B - Diminution de l'index cardio-thoracique
- C - Normale
- D - Distension bronchique
- E - Son rôle dans le bilan de base de l'asthme de l'enfant est le diagnostic positif de la pathologie

QCM 5

Vos examens paracliniques vous confortent dans votre diagnostic. Seule une allergie aux poils de chats a été identifiée. Après une évaluation optimale de votre patient, vous décidez d'introduire un traitement de fond. Votre traitement de fond introduit en première intention...

- A - Est fonction de la sévérité de l'asthme
- B - Est fonction du contrôle de l'asthme
- C - Si des corticoïdes inhalés sont nécessaires, Enzo devra utiliser un aérosol doseur avec une chambre d'inhalation
- D - Une corticothérapie n'est jamais nécessaire en première intention
- E - Vous pourrez prescrire des B2m de longue durée d'action s'ils s'avèrent nécessaires chez Enzo

QCM 6

Quelles mesures indispensables associez-vous à votre traitement ?

- A - Éducation thérapeutique de l'enfant et des parents : école de l'asthme
- B - Vaccination anti-grippale 1x/an
- C - Arrêt du tabagisme parental
- D - Prise en charge à 100 %
- E - Débuter la vaccination anti-pneumococcique si non réalisée

QCM 7

2 ans plus tard, Enzo consulte cette fois aux urgences pédiatriques. Depuis 48 h, il présente toux et gêne respiratoire inquiétantes qui ne semblent pas diminuer malgré un traitement de la crise correctement mené par sa mère. Quels sont les éléments de gravité que vous devez rechercher en urgence ?

- A - FR > 40
- B - DEP 80 L/min (DEP de base à 180 L/min)
- C - Silence auscultatoire
- D - SpO₂ < 92 %
- E - Troubles de l'élocution

QCM 8

Il s'agit d'une crise modérée. Enzo pèse actuellement 25 kg. Quelles sont vos prescriptions dans l'immédiat ?

- A - Salbutamol : chambre d'inhalation (1 bouffée/2 kg 1 x /20 min pendant 1 h)
- B - Salbutamol : nébulisation (2,5 mg)
- C - Corticothérapie IV à discuter en fonction de la sévérité clinique
- D - Corticothérapie per os à discuter en fonction de la sévérité clinique
- E - EFR car non réalisées dans le bilan initial

QCM 9

Lors de votre contrôle à H1, le DEP s'est nettement amélioré. Vous décidez de laisser Enzo rentrer chez lui. Votre RAD doit être encadré. Quelle est dès lors votre prise en charge ?

- A - Prescription d'EFR à réaliser à distance de l'épisode aigu
- B - Identification d'un facteur déclenchant
- C - L'ordonnance de sortie comprendra du salbutamol 2B 4x/j pendant 2-5 j
- D - Le patient doit être reconvoqué aux urgences pédiatriques à 48 h
- E - Le patient doit être revu par son MT à 48 h

QCM 10

Quelques années plus tard, vous recevez de nouveau les parents d'Enzo dans votre cabinet de ville. Ils vous amènent cette fois sa petite sœur de 1 an. Celle-ci présente une éruption cutanée qui vous fait évoquer une dermatite atopique non compliquée. Quelle(s) est(sont) la(les) constatation(s) de votre examen clinique ?

- A - Lésions siégeant dans les zones convexes ainsi qu'au niveau des extrémités
- B - Lésions érythémato-vésiculeuses
- C - Lésions suintantes

- D - Xérose cutanée
- E - Lésions siégeant au niveau des zones convexes

QCM 11

Quelle va être votre prise en charge thérapeutique pour cette dermatite atopique simple ?

- A - Dermocorticoïdes en traitement de fond
- B - Émollients 1x/jour
- C - Il faudra retarder certains vaccins (vivants++)
- D - L'usage de dermocorticoïdes impose le comptage des tubes par les parents pendant le traitement
- E - Il faut éduquer les parents, notamment sur le risque de complication (surinfection bactérienne : Kaposi-Juliusberg)

QCM 12

Quelle(s) est(sont) selon vous la(les) composante(s) physiopathologique(s) de la dermatite atopique ?

- A - Hypersensibilité de type 2
- B - Inflammation
- C - Anomalie de la barrière cutanée
- D - Génétique
- E - Hypersensibilité de type 4

RÉPONSES :

**QCM 1 : CDE - QCM 2 : BD - QCM 3 : AE - QCM 4 : C -
QCM 5 : AE - QCM 6 : ABC - QCM 7 : BCE - QCM 8 : BD
- QCM 9 : ABE - QCM 10 : BCDE - QCM 11 : BD - QCM
12 : BCD.**

Les conseils du spécialiste

Commentaires

3. Pas d'EFR classique avant 6 ans.
4. La RT permet avant tout d'éliminer un éventuel différentiel du diagnostic d'asthme.
5. Aérosol doseur+chambre d'inhalation avant 6 ans puis aérosol doseur autodéclenché ensuite, BLDA à/p de 4 ans.
6. seul l'asthme persistant sévère est ALD.
7. Les éléments évocateurs d'asthme aigu grave sont les troubles de l'élocution, le silence auscultatoire, SpO₂ < 90 %, FR > 30, DEP (mesuré au peak flow A/P de 6 ans) < 50 %.
8. Prise en charge en urgence d'une crise

| Légère | Modérée | Sévère |
|---|--|--------------------------------|
| BDCA CI 1B/2kg(<ou=10) 1x/20min pdt 1h | BDCA nébulisation 1,25mg(0-15kg) ;2,5mg(15-30) ;5mg(>30) 1x/20min pdt 1h +CTC PO 1mg/kg/h | BDCA nébulisation+CTC PO+O2 |
| Réévaluation à H1 | | |
| DEP>ou=70% | DEP<70% (réévaluation à H4) | |
| RAD avec ordonnance | Augmenter les BDCA, +-anticholinergique,+-CTC | |

Les crises sévères et celles non améliorées lors de la réévaluation à H4 doivent être hospitalisées.

Le RAD s'effectue avec une ordonnance (CI 1 unité ; Salbutamol 2B 4x/j jusqu'à l'arrêt des symptômes ; Prednisone 1mg/kg/j pdt 3-5j) et un plan d'action en cas de crise. Le patient doit être revu à 48 h par son MT pour son éducation thérapeutique (facteur déclenchant ?) et révision de son ttt de fond.

9. Les EFR font partie du bilan initial de l'asthme (avec la RT et le prick test) mais ne peuvent être réalisées (avec courbe débit/volume) qu'à partir de 6 ans.

10. Lésions dans les zones convexes avant 2 ans.

Items abordés :

182 - Hypersensibilités et allergies chez l'enfant et l'adulte : aspects physiopathologiques, épidémiologiques, diagnostics et principes de traitement. **184** - Hypersensibilité et allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte. Asthme, rhinite.

Références HAS

- Quelle place pour les associations fixes corticoides/bêta-2 mimétiques longue durée d'action dans le traitement de fond de l'asthme persistant ? (2015)
- Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. (2009)
- Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie. (2005)
- Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. (2004)
- Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. (2002)
- Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. (2001)

Difficulté : 1 2 3



De garde au CHU du coin, vous êtes appelé en salle de naissance car un nouveau-né, né à 35 SA + 2 j présente une détresse respiratoire.

QCM I

Quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous éliminer devant un syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né ?

- A - Maladie des membranes hyalines
- B - Anomalie cardiaque
- C - Infection materno-fœtale
- D - Anémie sévère
- E - Aucune

QCM 2

Quels examens complémentaires prescrivez-vous obligatoirement dans le cadre d'un syndrome de détresse respiratoire du nouveau né ?

- A - Hémocultures
- B - NFS CRP
- C - Radiographie thoracique
- D - Score de Silvermann
- E - Gaz du sang

QCM 3

Votre prise en charge vous permet de conclure à un retard de réabsorption qui sera de résolution rapide. Vous avez ainsi pu faire la connaissance de Stéphane, second enfant d'un jeune couple (Maman 23 ans et Papa 25 ans). Sa maman a dû continuer à travailler car le couple traverse actuellement des difficultés financières et c'est cette raison qui sera finalement retenue pour expliquer la naissance avant le terme de Stéphane.

Après des soins adaptés prodigués au nouveau-né, il est enfin prêt à rentrer au domicile familial. Sa mère se questionne sur le mode d'allaitement qu'elle désire mettre en place.

En bon praticien, vous informez cette dernière sur l'alimentation de son enfant.

- A - L'allaitement maternel est recommandé par l'OMS
- B - Il est parfois nécessaire d'insister afin que la patiente choisisse l'allaitement maternel et non artificiel
- C - Quel que soit le mode d'allaitement choisi, vous devrez compléter Stéphane en vitamine D et vitamine K
- D - En cas d'allaitement maternel, l'apparition d'un ictère chez le nourrisson devra conduire à l'interruption immédiate de ce mode d'alimentation
- E - L'allaitement maternel sera bénéfique pour son enfant mais aussi pour elle

QCM 4

Votre patiente choisit finalement un allaitement artificiel. 6 mois plus tard, vous êtes appelé en urgence au domicile de Stéphane pour mort inattendue du nourrisson. Sur place, après avoir annoncé le diagnostic à la famille, vous tentez de restituer l'anamnèse.

L'enfant a été retrouvé mort par sa mère dans a chambre où il été depuis 3 h couché convenablement sur le dos. Son carnet de santé montre des consultations chez le pédiatres disparates, d'ailleurs en ce qui concerne les vaccinations, seuls DTP ont été réalisés à 2 mois. En examinant l'enfant, vous remarquez des hématomes au niveau des lombes que sa mère justifie

par des chutes répétées à la tentative de marche. Vous supectez une maltraitance chez cet enfant.

- A - Lors de votre prise en charge à la maternité, vous aviez déjà retenu 3 facteurs de risque de maltraitance
- B - Un de vos arguments en faveur est le non suivi du calendrier vaccinal : il manque 2 injections de DTP
- C - Il existe un hiatus important entre les lésions constatées chez cet enfant et l'explication donnée par la mère
- D - Vous pouvez conclure au diagnostic de maltraitance sur ces données
- E - La MIN est plus fréquente chez les enfant de sexe masculin

QCM 5

Vous décidez à présent de transférer votre patient mais les parents refusent catégoriquement. Concernant votre transfert :

- A - Il se fait vers un centre de référence de la maltraitance
- B - Il est indispensable
- C - Le refus des parents vous fera cocher « obstacle médico-légal » dans la partie médicale du certificat médical de décès
- D - Le refus des parents impliquera de votre part un signalement judiciaire
- E - Aucune de ces réponses

QCM 6

Vous êtes enfin arrivé au centre de référence de MIN. Quels sont les éléments-clés de votre prise en charge dans ce centre ?

- A - Accueil des parents
- B - Bilan biologique à la fois infectieux et toxicologique
- C - Le bilan radiologique ne contient qu'un Body-scan
- D - Établissement du certificat médical de décès en deux parties
- E - Pratique d'une autopsie

QCM 7

Quels sont les éléments vrais concernant l'autopsie pratiquée dans le cadre d'une MIN hors contexte de maltraitance ?

- A - Elle n'est pas obligatoire
- B - Elle ne peut se faire qu'après accord oral et écrit des parents
- C - Elle doit être réalisée dans les 48 premières heures
- D - Elle s'accompagne de photographies
- E - Les prélèvements microbiologiques et toxicologiques ne sont pas répétés s'ils ont été correctement effectués dans le sang

QCM 8

Votre prise en charge vous permet malheureusement de confirmer le diagnostic de maltraitance. Vous décidez d'hospitaliser le grand frère de Stéphane qui vient d'avoir 2 ans. Quelles constatations vous feront craindre une maltraitance lors de l'analyse des 5 axes de développement de cet enfant ?

- A - Enfant qui ne sait pas s'habiller seul
- B - Enfant qui peut enchaîner quelques mots mais qui ne peut pas vous raconter une petite histoire
- C - Absence de vaccination ROR
- D - Présence d'une énurésie
- E - Retard staturo-pondéral

QCM 9

Quelle(s) proposition(s) serait(ent) exacte(s) dans l'hypothèse où le calendrier vaccinal aurait été correctement suivi chez cet enfant ?

- A - DTP (diphtérie, tétanos, polimyélite) à 2, 4 et 11 mois
- B - Injection unique de ROR (rougeole, oreillons, rubéole) à 12 mois
- C - Injection unique contre la souche C du méningocoque entre 16 et 18 mois

- D - Vaccin anti-pneumococcique pneumo 23 : 3 injections
- E - Le BCG est obligatoire pour les enfants nés en Ile-de-France

QCM 10

Vous constatez également des anomalies du calendrier vaccinal chez cet enfant. Le développement psychomoteur est normal mais ses courbes de croissances staturale et pondérale sont dans la limite inférieure. Il existe des lésions arrondies au niveau des avants-bras d'âges différents. Le reste de votre examen clinique est sans particularité. Vous concluez également à une maltraitance chez cet enfant. Quel va être votre bilan paraclinique et que recherchera-t-il ?

- A - Plaquettes/TP + TCA/facteur VIII : recherche d'une pathologie de l'hémostase
- B - Bilan nutritionnel
- C - Scanner cérébral : recherche d'un hématome extra-dural
- D - Radiographie du squelette entier
- E - Les arrachements épiphysaires sont des lésions radiologiques caractéristiques de la maltraitance

QCM II

Pour finir, vous vous interrogez sur les aspects médico-légaux de la maltraitance...

- A - Si vous suspectez une maltraitance, l'hospitalisation d'un enfant doit être consentie par ses parents. Si vous obtenez un refus de leur part, vous devrez demander une ordonnance de placement provisoire au Procureur de la République
- B - La rédaction d'un certificat médical initial est systématique lors d'une hospitalisation pour suspicion de maltraitance
- C - Un signalement est systématique lors d'une hospitalisation pour suspicion de maltraitance
- D - Le signalement sera judiciaire si le cas est jugé de gravité extrême
- E - Le signalement administratif se fait auprès du Procureur de la République

RÉPONSES :

QCM 1 : E - QCM 2 : ABCE - QCM 3 : AE - QCM 4 : ACE
- QCM 5 : BD - QCM 6 : ABDE - QCM 7 : ACD - QCM 8 :
E - QCM 9 : A - QCM 10 : ABD - QCM 11 : ABD.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. SDRA du nouveau né <- -> RT+ GDS + recherche IMF (hémocultures, prélèvements gastriques et périphériques, NFSCRp voire PL).

3. Bien que l'allaitement maternel soit recommandé, le choix appartient uniquement à la patiente et il est inutile de chercher à la culpabiliser. Si un allaitement artificiel est choisi, l'enfant sera seulement supplémen-té en vitamine D. L'ictère au lait de mère, bénin, doit emmener les parents à consulter mais ne doit pas conduire à la suspension de l'allaitement maternel.

4. À la maternité, vous aviez prématurité + âge jeune des parents + difficultés financières du couple. Un enfant de 6 mois doit avoir reçu au minimum 2 injections de DTP (2M+4M). Un enfant de 6 mois ne marche pas...

5. Transfert vers un centre de référence de la MIN. La case « obstacle médico-légal » se trouve dans la partie administrative du certificat médical de décès.

6. Body-scan+scanner cérébral.

7. Autopsie non obligatoire mais systématiquement proposée. En l'absence d'accord écrit des parents, elle peut être réalisée sur décision de justice.

8. S'habiller seul et raconter une petite histoire est acquis vers 36 mois lors du développement normal de l'enfant. Le ROR n'est pas obligatoire. Une énurésie n'est définie qu'à partir de 5 ans.

9.

- Naissance : BCG en fonction des recommandations
- 2 M : DTPCaHiB, pneumocoque, VHB
- 4 M : idem 2 M
- 11 M : idem 2 M
- 12 M : ménongoC, ROR
- 16-18 M : ROR

10. Scanner cérébral sur point d'appel clinique (NB : en clinique, une FO peut s'avérer utile). La radiographie du squelette entier cherche des lésions caractéristiques : arrachements métaphysaires, décollements périostés, syndrome de Silverman (fractures multiples d'âges différents).

Items abordés :

9 - Certificats médicaux. **29** - Prématurité et RCIU : facteurs de risque et prévention. **53** - Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. **55** - Maltraitance et enfants en danger. **143** - Vaccinations. **340** - Malaise grave du nourrisson et mort subite.

Références HAS

- Maltraitance chez l'enfant : repérage et mesures de protection. (2014)
- Recommandation : syndrome du bébé secoué. (2011)
- Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. (2011)
- Prise en charge en cas de MIN du nourrisson (moins de 2 ans). (2007)

Difficulté : 1 2 3



Vous voyez en consultation, accompagnée de sa mère, Isabelle, 8 ans, petite dernière du couple. Sa mère souhaite que vous établissiez un certificat médical d'aptitude au sport afin de l'inscrire à la gym.

QCM I

Quels sont les éléments essentiels à la délivrance d'un certificat médical de non contre-indication au sport chez cette enfant de 8 ans ?

- A - Test d'effort
- B - Recueil des antécédents personnel et familial cardio-vasculaires
- C - Évaluation de la croissance : poids, taille, Tanner
- D - Traitements habituels
- E - ECG 12 dérivations

QCM 2

Ses antécédents sont sans particularité et elle ne prend aucun traitement quotidiennement. L'examen physique ne retrouve aucune anomalie en dehors d'une taille et d'un poids pas très adaptés à l'âge... Vous pensez qu'Isabelle est en surpoids ! Comment pouvez-vous poser le diagnostic positif de surpoids chez un enfant de 8 ans ?

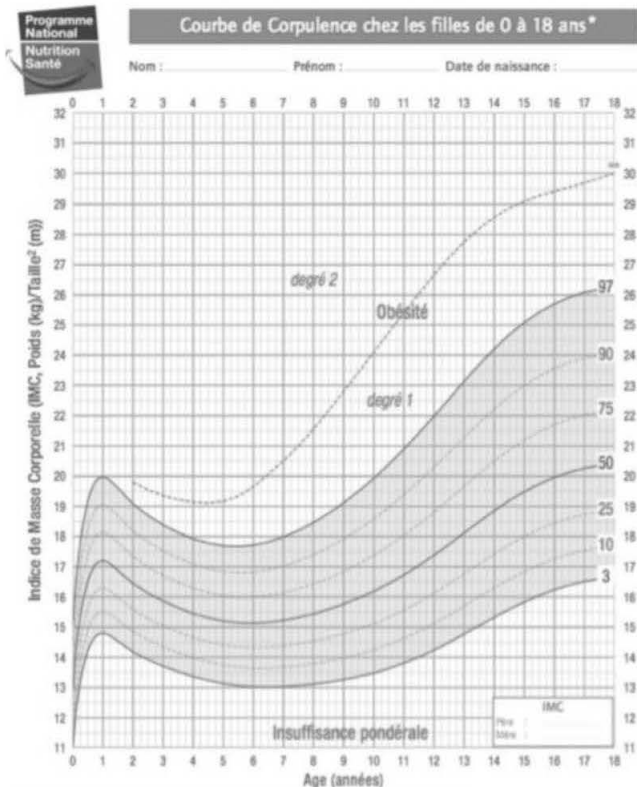
- A - $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$
- B - Utilisation des courbes d'IMC du carnet de santé
- C - Évaluation quantitative de la masse grasse par mesure des plis cutanés et de l'impédancemétrie
- D - L'IMC ne peut pas se mesurer chez un enfant de 8 ans
- E - Les courbes d'IMC sont différentes chez le garçon et chez la fille

QCM 3

Vous retrouvez une taille de 137 cm et un poids de 42 kg. La classification de Tanner pour Isabelle est S2P1. Quelles(s) est(sont) votre(vos) conclusion(s) face à ces données ?

- A - L'IMC retrouvé témoigne d'une obésité chez Isabelle
- B - L'IMC retrouvé serait dans les courbes d'IMC normal si Isabelle avait 11 ans

- C - La classification de Tanner vous permet de conclure qu'il existe déjà un petit bourgeon mammaire chez cette enfant
- D - La classification de Tanner évalue la présence des caractères sexuels primaires
- E - La classification de Tanner est basée sur l'évaluation des organes génitaux externes (OGE) et de la pilosité chez Isabelle



QCM 4

Votre diagnostic étant à présent posé, vous décidez de mener une enquête étiologique en bonne et due forme. Quel(s) élément(s) de votre examen clinique vous orientera(ont) vers une cause secondaire endocrinienne ?

- A - Ralentissement statural
- B - Hypogonadisme
- C - Dysmorphie faciale
- D - Rebond d'adiposité précoce
- E - Antécédents familiaux d'obésité ou de surpoids

QCM 5

Aucun élément ne vous permet d'évoquer une étiologie secondaire à cette obésité. Vous vous orientez vers une obésité de cause commune. Sur quels arguments pourrez-vous vous appuyer pour en arriver à cette conclusion ?

- A - Rebond d'adiposité précoce après une phase de décroissance de l'IMC
- B - TSH normale
- C - Absence d'anomalie cognitives
- D - Sédentarité
- E - Vitesse staturale ralentie

QCM 6

Quelles complications rechercherez-vous dans le cadre de ce diagnostic d'obésité de cause commune chez Isabelle ?

- A - Respiratoire (asthme)
- B - Orthopédique (genu valgus)
- C - Rénale (microalbuminurie)
- D - Dyslipidémie (CT, HDL, LDL et TG plasmatiques)
- E - Intolérance au glucose (GAJ)

QCM 7

Votre bilan ne retrouvera finalement aucune complication. Quelle va être votre prise en charge ?

- A - PAI (Plan d'accueil individualisé)
- B - Multidisciplinaire
- C - Soutien psychologique
- D - Réduction puis stabilisation de l'excès pondéral
- E - Les deux signes d'alerte de cette obésité sont un rebond d'adiposité précoce et la présence d'une obésité chez au moins un des deux parents (prévention secondaire)

QCM 8

Vous perdez Isabelle de vue quelques années avant de la recroiser un soir aux urgences pédiatriques 4 ans plus tard. Sa maman vous explique que depuis maintenant 2 jours, sa fille boite et se plaint de douleurs au niveau de la jambe gauche. Au début, elle avait mis cette symptomatologie sur le compte d'une chute dans la cour de récréation mais elle s'inquiète de voir le problème perdurer. Vous constatez que votre prise en charge thérapeutique précédemment instaurée n'a pas eu beaucoup d'effet par ailleurs...Quels vont être les points-clés de vos examens cliniques et paracliniques ?

- A - Recherche d'un syndrome infectieux (fièvre + bilan inflammatoire)
- B - Examen de la marche : une boiterie d'esquive vous orientera vers une pathologie neuromusculaire
- C - Radiographies face et profil de la hanche gauche uniquement
- D - Présence d'atteinte extra-articulaire
- E - Examen de la marche : une boiterie d'équilibration se caractérise par une inclinaison de l'épaule du côté pathologique et du bassin du côté opposé

QCM 9

Isabelle présente une boiterie d'esquive à gauche. Elle est apyrétique et ne se plaint d'aucun autre symptôme. Le bilan inflammatoire est négatif. Vous pensez à une épiphysiolyse fémorale supérieure. Quels sont les éléments qui vont à l'encontre de ce diagnostic ?

- A - Signe de Drehmann positif
- B - Âge
- C - Membre inférieur gauche en rotation externe et adduction
- D - Surpoids
- E - Aucun

QCM 10

Qu'avez-vous pu constater au bilan radiographique pour aboutir à ce diagnostic ?

- A - Bascule en avant et en dedans de la tête fémorale gauche sur la radiographie de profil
- B - Condensation et fragmentation de la tête fémorale gauche
- C - La ligne de Klein ne coupe plus le noyau épiphysaire à gauche
- D - Un cartilage de croissance fémoral supérieur gauche trop bien visible par rapport à l'autre côté
- E - La ligne de Klein correspond à la tangente au bord supérieur du col fémoral

QCM 11

Quelle sera votre prise en charge thérapeutique à court et à long terme ?

- A - Transfert en urgence dans un milieu spécialisé
- B - Décharge
- C - Chirurgie : fixation in situ de la tête fémorale gauche par vissage
- D - Prise en charge diététique
- E - Soutien psychologique

QCM 12

Quels sont les risques à court et à long terme ?

- A - Bilatéralisation
- B - Coxité laminaire en cas de retard à la prise en charge
- C - Nécrose de la tête fémorale en cas de retard à la prise en charge
- D - Retentissement psycho-social
- E - Arthrite septique de la hanche gauche

RÉPONSES :

**QCM 1 : BCD - QCM 2 : BD - QCM 3 : AC - QCM 4 : A -
QCM 5 : ACD - QCM 6 : ABC - QCM 7 : BCE - QCM 8 :
ADE - QCM 9 : E - QCM 10 : CDE - QCM 11 : ABCDE -
QCM 12 : ABCD.**

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Depuis 2009, la société française de cardiologie recommande la réalisation d'un ECG 12 dériviations chez tous les sportifs de > 12 ans lors de la délivrance de la première licence puis tous les 3 ans.
2. Surpoids = IMC supérieur ou égal à la courbe du 97^e percentile pour l'âge (équivalent à un ILC adulte de 26kg/m²).
3. IMC 22.4, classification de Tanner S(eins)2 (= petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole) P(ilosité)1 (= absence de pilosité).
5. Enquête paraclinique pour le diagnostic positif si éléments cliniques en faveur d'une étiologie secondaire.
6. HAS 2011= bilan systématique chez l'enfant ayant un surpoids avec antécédent familial de diabète ou de dyslipidémie ainsi que chez l'enfant obèse (EAL + GAJ + transa).
8. Les examens paracliniques indispensables lors d'une boiterie de l'enfant sont un bilan inflammatoire + radiographies bassin face et hanches (profil chirurgical de lowenstein) voire échographie de l'articulation.

Références HAS

- Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). (2011)
- Prise en charge de l'obésité de l'enfant : diagnostic et identification des facteurs de risque. (2004)
- Impotence fonctionnelle du membre inférieur chez l'enfant âgé de 3 mois à 18 ans : diagnostic. (2005)

Difficulté : 1 2 3



Vous voyez aux urgences pédiatriques Léa, 9 ans, qui vient accompagnée de ses parents pour douleurs abdominales et vomissements.

Son père vous explique que depuis quelques semaines, sa fille est fatiguée, boit énormément d'eau et, en conséquence, urine souvent. Elle a également perdu 2 kg.

À l'examen clinique, vous retrouvez :

- Glasgow 15, FR 60, respiration ample, FC 150, TA 11/6, T°37,3°C.*
- L'auscultation cardio-pulmonaire est normale, l'abdomen présente une sensibilité dans son ensemble, il existe des signes de déshydratation extra-cellulaire.*

Vous pensez à une acidocétose diabétique dans le cadre d'un DT1.

QCM 1

Que retrouvez-vous dans cette observation ?

- A - Asthénie
- B - Syndrome polyuro-polydipsique
- C - Abdomen chirurgical
- D Apyréxie
- E - Polyphagie

QCM 2

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) qui ne correspond(ent) pas à la dyspnée de Kussmaul ?

- A - Elle traduit une acidose respiratoire
- B - Correspond à une alternance de périodes d'hyper et d'hypopnée
- C - Il existe une hyperventilation alvéolaire par stimulation de chémorecepteurs carotidiens, centrolobulaires et des centres respiratoires (en réponse à l'acidose)
- D - Elle est régulière
- E - Aucune de ses réponses

QCM 3

Quels examens complémentaires vont vous permettre de poser le diagnostic positif en urgence ?

- A - GDS + BU
- B - Glycémie capillaire + BU
- C - GDS + glycémie capillaire
- D - BU + GDS + glycémie capillaire
- E - Aucune de ces réponses

QCM 4

Quel(s) est(sont) le(s) résultat(s) attendu(s) dans le cadre du diagnostic positif d'acidocétose diabétique révélatrice de DT1 ?

- A - Glycémie ≥ 2 g/L
- B - Glycémie $\geq 1,26$ g/L
- C - Acétonémie positive
- D - Ph $< 7,30$
- E - $\text{HCO}_3^- > 15$

QCM 5

Votre diagnostic est confirmé. Quelle va être votre prise en charge thérapeutique en urgence ?

- A - Insulinothérapie SC jusqu'à négativation de la cétonurie
- B - Injection SC de glucagon jusqu'à négativation de la cétonurie
- C - Expansion volémique avec du sérum salé isotonique
- D - Expansion volémique avec du sérum glucosé
- E - Prise en charge du facteur déclenchant

QCM 6

Sur quoi va porter votre surveillance au cours des premières heures de traitement ?

- A - Clinique : examen neurologique
- B - Signe d'hyperkaliémie (ECG)
- C - Clinique : glycémies capillaire
- D - Paraclinique : ionogramme sanguin
- E - Paraclinique : ionogramme urinaire

QCM 7

Vous avez correctement pris en charge l'épisode aigu et tout est rentré dans l'ordre. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous prescrire dans le cadre du bilan initial de la pathologie sous-jacente ?

- A - Fond d'œil
- B - Échographie transthoracique
- C - HBA1C
- D - Anticorps anti-thyroïdiens
- E - Le dépistage des micro et macroangiopathie ne se fait qu'à partir de l'âge adulte

QCM 8

Votre patiente va maintenant pouvoir quitter l'hôpital. Que pouvez-vous dire de votre prise en charge thérapeutique au long cours ?

- A - Insulinothérapie IM à vie
- B - Le schéma basal-bolus comporte une insuline lente (1 prise le soir) et une insuline rapide à prendre avant chaque repas
- C - Éducation à l'auto-surveillance de la glycémie
- D - Bilan biologique annuel : HBA1C + créatinémie
- E - Prise en charge à 100 % (ALD)

QCM 9

Lors de votre éducation thérapeutique, les parents de Léa vous disent que « les histoires d'hypoglycémie » leur font peur : ils voudraient pouvoir les éviter car « c'est dangereux ». Quelles explications allez-vous pouvoir donner à Léa et ses parents ?

- A - Des hypoglycémies sont inévitables, y compris chez un diabétique bien équilibré
- B - Une hypoglycémie de l'enfant diabétique doit systématiquement amener à consulter
- C - Des signes de neuroglycopénie vont précéder la réaction adrénurgique au cours de l'hypoglycémie
- D - La neuroglycopénie peut se traduire par des troubles sensitivo-moteurs
- E - L'injection de glucagon IM est le traitement de l'hypoglycémie

QCM 10

Vous revoyez Léa 6 ans plus tard. Elle vient vous voir car depuis quelques mois elle se sent extrêmement fatiguée. Elle a du mal à équilibrer son diabète qui ne posait aucun problème jusqu'alors. De plus, des « taches » sont apparues sur son corps...

À l'examen, vous constatez effectivement une pigmentation brune au niveau des mains et des coudes. Il y en a également à la face interne des joues. La TA est à 10/6.

Le reste de votre examen est sans particularité. Vous prescrivez alors un bilan biologique en urgence qui retrouve : Hb 12 g/dL ; Leucocytes 3 000/mm³ : polynucléaires neutrophiles 1 g/l ; polynucléaires éosinophiles 0,5 g/l ; Natrémie 134 mmol/L. Interprétez ces données :

- A - Leuconeutropénie
- B - Éosinophilie
- C - Mélanodermie
- D - Tâches ardoisées
- E - Anémie

QCM II

Vous évoquez une maladie d'Addison. Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) en ce qui concerne la physiopathologie de l'insuffisance surrénale lente ?

- A - Il existe un déficit en aldostérone, en cortisol et en androgènes
- B - L'insuffisance en cortisol provoque une diminution des réserves glycogéniques du foie et du muscle
- C - L'insuffisance en aldostérone entraîne une tendance à la déshydratation extracellulaire et l'hyperhydratation intracellulaire
- D - La mélanodermie résulte de la diminution de l'ACTH
- E - Il existe un défaut des sécrétions de la médullosurrénale

QCM 12

Quels examens complémentaires concordant avec votre suspicion diagnostique allez-vous prescrire et quels résultats pouvez-vous en attendre ?

- A - Scanner des glandes surrénales (recherche de calcifications)
- B - Aldostéronémie (basse) et rénine (basse)
- C - Test au synacthène immédiat (absence d'élévation du cortisol après stimulation)
- D - Recherche d'anticorps anti-surrénaliens (systématiquement positifs en cas d'origine auto-immune)
- E - ACTH urinaire (élevée)

QCM 13

Quel va être votre traitement ?

- A - Il sera instauré une fois le diagnostic posé avec certitude
- B - Régime alimentaire sans sel
- C - Substitution en glucocorticoïdes par hydrocortisone à vie
- D - Carte d'addisonien
- E - Éducation thérapeutique : consulter en urgence en cas de fièvre

RÉPONSES :

QCM 1 : ABD - QCM 2 : E - QCM 3 : A - QCM 4 : D - QCM 5 : CE - QCM 6 : ACD - QCM 7 : CD - QCM 8 : BCE - QCM 9 : AD - QCM 10 : ABCD - QCM 11 : ABC - QCM 12 : AC - QCM 13 : CDE.

Références HAS

- Dispositifs médicaux pour autosurveillance et autotraitement. (2007)
- ALD n°8 - Prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant et l'adolescent. (2006)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

2. La dyspnée de Kussmaul correspond à une hyperpnée avec mouvements amples, réguliers, aux deux temps, sans effort apparent.
4. Acidocétose correspond à glycémie > 2,5 g/L, pH < 7,2 (ou bicar < 15 mmol/L) et acétonurie à ++ (ou +++).
5. 1) Correction de la déshydratation : NaCl 9 g/L + KCl (Kcl en l'absence d'anurie ou de signe ECG d'hyperkaliémie) puis NaCl 4,5 g/L + G5 % lorsque glycémie < 2 g/L. 2) Correction de la carence en insuline : insulinothérapie IVSE jusqu'à cétonurie nulle. 3) Correction de facteur déclenchant. 4) Surveillance : clinique 1x/h (œdème cérébral ?) et paraclinique 1x/4 h.

Difficulté : 1 2 3



Début novembre, Adrien, 4 ans, vous est amené aux urgences avec sa maman par le SAMU suite à un appel de son pédiatre de ville.

Alors qu'Adrien souffrait d'une rhinopharyngite depuis 24 h, celui-ci a présenté le matin même des lésions cutanées évocatrices d'un purpura vasculaire.

QCM I

Quelles constatations cliniques ont pu être faites avant son arrivée aux urgences ?

- A - Présence de taches hémorragiques ne s'effaçant pas à la vitropression en lien avec une extravasation de sang dans l'épiderme
- B - Absence de prédominance déclive
- C - Absence d'atteinte muqueuse
- D - Aspect infiltré
- E - Absence de polymorphisme lésionnel

QCM 2

À votre avis, quelles propositions seront obligatoires afin d'évaluer la gravité d'un purpura chez un enfant de cet âge ?

- A - Entourer les lésions
- B - Température
- C - Recherche de bulles hémorragiques intrabuccales
- D - Recherche d'un syndrome tumoral par la palpation des aires ganglionnaires
- E - Existence d'une diarrhée glairo-sanglante récente

Vous avez examiné Adrien et confirmez le diagnostic de purpura vasculaire.

Le patient est apyrétique et ses constantes sont stables.

Il n'existe aucun signe de saignement extériorisé, les examens abdominal et neurologique sont normaux.

Vous n'avez pas constaté de syndrome tumoral.

Enfin, il n'y a pas d'histoire de diarrhée récente.

L'interrogatoire vous révèle un antécédent de maladie de basedow chez la mère. Par ailleurs, il s'agit du premier épisode de ce type chez cet enfant.

QCM 3

Quels sont les examens paracliniques indispensables à ce stade de vos prise en charge ?

- A - NFS-Plaquettes + CRP
- B - NFS-Plaquettes + frottis sanguin
- C - NFS-Plaquettes + goutte épaisse
- D - Dans le cas présent, la NFS-plaquettes permettra de distinguer un purpura thrombopénique et non-thrombopénique
- E - Aucune de ses combinaisons d'examens n'est juste

Voici vos premiers résultats d'examens :

Hb : 12,5 g/dL.

VGM (fL) : 80.

Réticulocytes (g/L) : 70.

Leucocytes : $10,1 \times 10^9/L$ (42 % de neutrophiles et 50 % de lymphocytes).

Plaquettes : $175 \times 10^9/L$.

Frottis sanguin sans particularités.

QCM 4

Interprétez ces résultats.

- A - Lymphocytose
- B - Microcytose
- C - Anémie
- D - Réticulocytose
- E - Aucune de ces propositions

Le bilan d'hémostase que vous aviez prescrit est normal.

QCM 5

Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) pouvez-vous envisager sur la base de vos résultats d'examens biologiques ?

- A - Thrombopathie acquise médicamenteuse (aspirine, AINS)
- B - Purpura rhumatoïde
- C - Maladie de Kawasaki
- D - PTI
- E - Hypersplénisme

QCM 6

Quel(s) est(sont) l'(les) argument(s) de cette observation qui vont à l'encontre du diagnostic de purpura rhumatoïde ?

- A - Sexe masculin
- B - Âge
- C - Saison automno-hivernale
- D - Épisode de rhinopharyngite en cours
- E - Aucune de ses propositions

Vous reprenez le diagnostic de premier épisode de purpura rhumatoïde.

QCM 7

Quelles explications allez-vous donner à la maman concernant votre prise en charge et votre suivi ?

- A - Ambulatoire
- B - Traitement symptomatique (antalgiques, antispasmodiques et corticothérapie systématiques)
- C - Le pronostic est fonction de l'atteinte rénale
- D - BU à faire 1x/semaine pendant la phase active puis 1x/mois pendant 6 mois
- E - Aucune de ses propositions

Alors que vous discutez avec sa mère, Adrien se met à avoir de violentes douleurs abdominales mal localisées.

QCM 8

Quelle(s) complication(s) de la pathologie diagnostiquée redoutez-vous ?

- A - Invagination intestinale aiguë
- B - Péritonite aiguë
- C - Appendicite aiguë
- D - Torsion du cordon spermatique
- E - Orchite

Votre examen clinique retrouve un boudin d'invagination ainsi qu'une fosse iliaque droite deshabitée. Vous constatez également la présence d'une rectorragie minime.

Les testicules sont en places et normaux.

Il n'existe pas de contracture généralisée.

QCM 9

Vous décidez de réaliser de l'imagerie afin de confirmer votre suspicion diagnostique. Que vous attendez-vous à trouver ?

- A - Échographie abdominale coupe longitudinale : cocarde
- B - Échographie abdominale coupe transversale : sandwich
- C - Lavement opaque : cocarde de face
- D - Lavement opaque : pince de crabe de profil
- E - Le lavement opaque est réalisé de manière systématique dans le diagnostic positif de la complication suspectée

Vos examens confirment votre suspicion. Il s'agit d'une forme non compliquée.

QCM 10

Quelle est votre prise en charge de cette complication ?

- A - Urgence
- B - Chirurgie : expression manuelle du boudin d'invagination
- C - Lavement opaque sous contrôle scopique
- D - Faire signer une autorisation d'opérer par la maman
- E - Aucune de ses propositions

QCM II

Que pouvez-vous dire à propos de l'invagination intestinale aiguë de l'enfant ?

- A - Elle correspond à la pénétration d'un segment intestinal dans le segment sus-jacent par retournement en doigt de gant
- B - La localisation la plus fréquente est iléocolique
- C - Une forme secondaire est à rechercher de façon systématique chez un enfant de plus de 2 ans
- D - La forme primitive connaît un pic chez les nourrissons (9 mois)
- E - Les symptômes s'expliquent par la compression vasculaire au niveau du collet d'invagination

RÉPONSES :

QCM 1 : CD - **QCM 2 :** ABCDE - **QCM 3 :** BD - **QCM 4 :** E - **QCM 5 :** BC - **QCM 6 :** E - **QCM 7 :** AC - **QCM 8 :** ABE - **QCM 9 :** CD - **QCM 10 :** ACD - **QCM 11 :** CDE.

Items abordés :

211 - Purpuras chez l'adulte et l'enfant. **267** - Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Infiltré, prédominance déclive, jamais d'atteinte muqueuse, polymorphisme lésionnel.
2. Les urgences sont le SEPSIS sévère (infection invasive à méningocoque), le syndrome HEMORRAGIQUE (thrombopénie profonde), les signes reliés à une HEMOPATHIE maligne, la recherche d'une autre cause potentiellement grave (SHU).
10. Ne pas oublier l'autorisation d'opérer car le lavement opaque a un risque d'échec de 10%.

Difficulté : 1 2 3



Jeune chef de pédiatrie, vous êtes appelé en salle de naissance pour l'examen d'un nouveau-né.

Il s'agit d'un petit garçon, premier enfant d'un jeune couple, né à 39 SA + 5 j.

Sa mère n'a aucun soucis de santé à signaler. Ses sérologies pour la rubéole et la toxoplasmose étaient positives. Son groupe sanguin est O-. Le suivi de la grossesse a été correctement mené et les échographies anténatales étaient parfaitement normales.

QCM I

Vous vous questionnez sur l'immunisation materno-fœtale : quelle(s) proposition(s) est(sont) correcte(s) ?

- A - Dans le cas présent, il ne pourra pas y avoir d'anémie hémolytique chez ce nouveau-né en cas d'immunisation materno-fœtale
- B - Une immunisation materno-fœtale n'est possible que si le père du nouveau-né a un rhésus positif

- C - Un sérum anti-D sera administré à la jeune mère uniquement si le père du nouveau-né est rhésus positif
- D - On fera une injection de sérum anti-D à chaque accouchement pour cette femme
- E - La présence d'agglutinines irrégulières chez une femme rhésus - témoigne d'une immunisation

Vous pratiquez une injection de gamma-globulines anti-D afin de prévenir une immunisation.

Vous souhaitez ensuite examiner l'enfant en bonne et due forme.

QCM 2

Quels sont les 3 soins systématiques que vous ferez dans un premier temps, immédiatement à la naissance de l'enfant ?

- A - Vérification de la perméabilité des choanes
- B - Prévention de l'hypothermie
- C - Établissement du score d'Apgar
- D - Clampage et section du cordon
- E - Désinfection oculaire par collyre antibiotique

QCM 3

Quelle(s) proposition(s) est(sont) incorrecte(s) concernant le score d'Apgar ?

- A - Il est établi à 1, 3 et 5 minutes de vie
- B - Il comprend cinq paramètres cotés de 0 à 2
- C - Un nouveau-né avec une FC à 90/min, des mouvements respiratoires vigoureux (cris), un tonus musculaire fort, un corps rose mais des extrémités bleues et une réactivité vive à la stimulation (cris, toux) à un score d'Apgar normal
- D - Il évalue la vitalité de l'enfant
- E - Aucune de ses propositions

QCM 4

Que pouvez-vous dire à propos de votre examen clinique initial ?

- A - Une acrocyanose persistante dans les heures suivant la naissance est anormale
- B - Au repos, le nouveau-né est en flexion spontanée des quatre membres
- C - Un souffle cardiaque systolique dans les deux premiers jours de vie n'est pas rare

- D - La hernie inguinale du nouveau-né n'est pas rare : son traitement est chirurgical, qu'elle soit étranglée ou non
- E - Une dysplasie de hanches est à évoquer s'il existe une limitation et une asymétrie de l'adduction des cuisses

Votre examen est parfaitement normal.

QCM 5

Quelle(s) proposition(s) ne correspond(ent) pas aux critères pédiatriques de maturation du nouveau-né ?

- A - Critère neurologique/réflexe archaïque : succion
- B - Critère morphologique (appartenant au score de Farr) : aspect de la peau
- C - Critère neurologique/tonus passif : signe du foulard (quand on rapproche la main de l'épaule controlatérale, le coude ne dépasse pas la ligne médiane)
- D - Critère neurologique/tonus actif : manœuvre du tiré assis (tête maintenue dans l'axe quelques secondes, réponse symétrique)
- E - Aucune de ses propositions

À 72 h de vie, vous décidez de pratiquer le dépistage néonatal en systématique. Les parents vous interrogent sur sa réalisation et son contenu.

QCM 6

Quelle(s) réponse(s) pouvez-vous leur donner ?

- A - Il nécessite le consentement écrit des parents
- B - Il recherche de façon systématique 5 pathologies actuellement en France
- C - Il recherche, entre autres, l'hypothyroïdie congénitale concernant 1/3 500 nouveau-nés en France
- D - Il recherche également la mucoviscidose via une analyse génétique systématique à la recherche de la mutation F508del (la plus fréquente)
- E - Il est intégralement financé par l'assurance-maladie

Les parents acceptent et vous pratiquez votre prélèvement. 2 jours plus tard, Théo rentre chez lui avec un carnet mis à jour et toutes ses ordonnances de sortie.

Malheureusement, à la réception des résultats, vous constatez qu'une analyse génétique a été effectuée car la trypsinémie était élevée : le petit Théo pourrait bien être atteint de la mucoviscidose.

QCM 7

Que savez-vous à propos de l'épidémiologie et de la physiopathologie de la mucoviscidose ?

- A - Elle est la plus fréquente des maladies génétiques autosomiques dominantes létales dans la population caucasienne
- B - En France, sa fréquence est de 1/4 000 naissances. La proportion des sujets hétérozygotes porteurs sains est estimée à 1/30
- C - Plus de 2 000 mutations ont déjà été identifiées
- D - En France, dans 70 % des cas, il s'agit de la mutation F508del
- E - Cette mutation entraîne un défaut de transport du chlore avec une diminution de la réabsorption d'eau et de sel

Vous reconvoquez les parents et l'enfant afin de leur annoncer le résultat de votre dépistage. Ceux-ci, apparemment déroutés, vous demandent pourquoi leur fils, qui par ailleurs leur semble en parfaite santé, n'a pas été diagnostiqué avant sa naissance.

QCM 8

Que pouvez-vous leur répondre ?

- A - Le diagnostic de mucoviscidose est posé par l'analyse génétique qui a été effectuée suite au dépistage néonatal
- B - Un diagnostic anténatal aurait été proposé dans le cadre d'un conseil génétique avec histoire familiale de mucoviscidose (si risque d'avoir un enfant atteint = $1/2$)
- C - Les anomalies échographiques pouvant faire évoquer le diagnostic sont essentiellement digestives (exemple : atrésie du grêle)
- D - Seule une hétérozygotie connue chez l'un des deux parents aurait justifié un conseil génétique
- E - Aucune de ses réponses

Après avoir expliqué aux parents les enjeux de la maladie pour leur enfant, vous les renvoyez au domicile avec une prise en charge adaptée.

QCM 9

Quelles mesures associerez-vous de manière systématique à votre prise en charge thérapeutique ?

- A - Prise en charge à 100 %
- B - Soutien psychologique des parents
- C - Orientation vers un CRCM
- D - Consultation 1x/3 mois avec évaluation paraclinique annuelle
- E - Aux vaccins habituellement pratiqués chez l'enfant, il faudra associer la grippe, le pneumocoque, l'hépatite A voire la varicelle

Au cours de sa première année de vie, Théo aura de nombreux épisodes de bronchiolite et va développer une insuffisance pancréatique exocrine avec retard de développement staturo-pondéral.

QCM 10

Que pouvez-vous dire à propos des manifestations cliniques respiratoire et digestive de la mucoviscidose en général ?

- A - Les premiers germes à coloniser l'arbre respiratoire au cours de l'évolution de la maladie sont *H. Influenza* et *S. Aureus*
- B - La colonisation chronique à *P. Aeruginosa* correspond à une mise en évidence du germe pendant plus de 3 mois dans l'arbre bronchique via des cultures

- C - L'insuffisance pancréatique exocrine concerne 95 % des nourrissons atteints : elle se manifeste par une stéatorrhée
- D - Des carences vitaminiques peuvent survenir, entraînant, entre autres, un risque hémorragique augmenté
- E - À terme, on pourra voir apparaître des signes d'hypertension artérielle pulmonaire

QCM II

Quels éléments ne feront pas partie de votre prise en charge systématique pour Théo?

- A - Kinésithérapie respiratoire
- B - Antibiothérapie
- C - Opothérapie pancréatique
- D - Supplémentation en vitamines liposolubles
- E - Aucune de ses réponses

RÉPONSES :

QCM 1 : BDE - QCM 2 : BCD - QCM 3 : A - QCM 4 : BCD - QCM 5 : E - QCM 6 : ACE - QCM 7 : BCD - QCM 8 : C - QCM 9 : ABCDE - QCM 10 : ACDE - QCM 11 : E.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. Attention, une femme peut s'immuniser lors d'une fausse couche ou d'une IVG qui n'aurait pas été accompagnée d'une injection de sérum anti-D.
7. 1/4 000 (source HAS ALD).
8. Le diagnostic de certitude sera posé par LE TEST DE LA SUEUR.
11. L'antibiothérapie n'a de sens qu'après la réalisation d'ECBC.
L'insuffisance pancréatique exocrine entraîne une carence en vitamines liposolubles...

Références HAS

- Luxation congénitale de hanche : dépistage. (2013)
- Évaluation de l'extension du dépistage néonatal à une ou plusieurs erreurs innées du métabolisme par spectrométrie de masse en tandem. 1er volet : déficit en MCAD. (2011)
- Le dépistage systématique de la mucoviscidose en France : état des lieux et perspectives après 5 ans de fonctionnement. (2009)
- ALD n°18 - Mucoviscidose. (2006)
- Prise en charge du patient atteint de la mucoviscidose - Observance, nutrition, gastro-entérologie et métabolisme. (2003)
- Prise en charge du patient atteint de mucoviscidose - Pneumologie et infectiologie. (2003)

Items abordés :

31 - Évaluation et soins du nouveau-né à terme. **43** - Problèmes posés par les maladies génétiques, à propos d'une maladie génétique : la mucoviscidose.

Difficulté : 1 2 3



Vous voyez aux urgences Noah, 2 mois, accompagné de ses 2 parents.

Ces derniers vous expliquent que leur enfant tousse depuis 5 jours lors de la prise des biberons. Aujourd'hui, Noah est devenu tout bleu alors qu'il n'arrivait pas à reprendre sa respiration, ce qui a motivé leur venue aux urgences.

Vous pensez immédiatement à une coqueluche.

QCM I

Quel(s) argument(s) en faveur de ce diagnostic allez-vous rechercher à l'examen clinique dans ce contexte ?

- A - Apyrexie
- B - Vaccinations non à jour chez le nourrisson
- C - Vaccinations non à jour chez les parents (dernier vaccin contre la coqueluche datant de plus de 10 ans)
- D - Toux > 7 jours chez les parents
- E - Période hivernale

Vous apprenez que le père tousse effectivement depuis 1 mois. Fumeur de longue date, ça ne l'a pas alerté et il n'a pas consulté. La mère et le grand frère n'ont eux aucun problème. Noah est né à terme et n'avait eu jusqu'alors aucun problème.

Votre examen clinique retrouve un nourrisson un peu asthénique. Sa fréquence cardiaque et son examen neurologique sont normaux, il n'est ni déshydraté ni dénutri.

QCM 2

Que pouvez-vous dire à la lecture de cette courte observation ?

- A - Il s'agit d'une coqueluche sans critère de gravité
- B - Il s'agit d'une coqueluche avec critères de gravité
- C - Il s'agit d'une coqueluche compliquée
- D - Il s'agit d'une coqueluche non compliquée
- E - Le sujet source est probablement le père et la transmission s'est faite par voie aérienne

QCM 3

Que pouvez-vous dire à propos de la microbiologie de cette pathologie ?

- A - *Bordetella Pertussis*
- B - Cocci Gram négatif
- C - Bacille Gram négatif
- D - Bacille Gram positif
- E - Anatoxine

QCM 4

Quel est, selon vous, l'examen complémentaire de choix pour confirmer votre diagnostic ?

- A - Examen direct sur prélèvement nasopharyngé
- B - PCR sur écouvillon nasal
- C - Culture sur milieu Bordet Gengou
- D - PCR sur aspiration nasopharyngée
- E - Aucune de ses réponses

QCM 5

Quelle doit être votre prise en charge pour Noah dans l'immédiat ?

- A - Hospitalisation
- B - Isolement air
- C - Antibiothérapie par pénicilline
- D - Scopage
- E - Il faut attendre la confirmation diagnostique avant de débiter un traitement dans ce cas

À tort ou à raison, vous hospitalisez Noah et commencez un traitement adapté à la coqueluche.

QCM 6

Quelle(s) mesure(s) devez-vous obligatoirement associer à votre prise en charge thérapeutique dans ce cas ?

- A - PCR chez le père
- B - Antibiothérapie chez le père
- C - Éviction de Noah
- D - Mise à jour des calendriers vaccinaux des sujets contacts
- E - Déclaration obligatoire

Après trois semaines d'hospitalisation afin de surveiller l'évolution de la pathologie chez Noah (2 mois + 3 semaines de vie), vous envisagez une sortie.

Avant cela, vous souhaitez évaluer les 5 axes de développement du nourrisson.

QCM 7

Que vous attendez-vous à trouver chez cet enfant en supposant que son développement soit parfaitement normal ?

- A - Tenue de la tête acquise
- B - Réflexes archaïques abolis
- C - Poursuite oculaire
- D - Un schéma vaccinal obligatoirement débuté avant le début du 3^e mois
- E - Si Noah pèse 4,6 kg, il doit boire environ 660 mL/jour de préparation pour nourrisson (règle d'Appert)

En examinant Noah, il vous semble que ce dernier présente une luxation congénitale de la hanche droite.

QCM 8

Que pouvez-vous apprécier cliniquement dans ce contexte ?

- A - Examen physique : asymétrie des plis inguinaux
- B - Examen physique : ressaut à la manœuvre de Barlow
- C - Interrogatoire : antécédent familial au premier degré de luxation congénitale de hanche
- D - Examen physique : limitation d'abduction
- E - Toutes ces propositions sont correctes

QCM 9

Quelles propositions sont incorrectes concernant votre prise en charge de ce nouveau problème ?

- A - Échographie des hanches et langage en abduction
- B - Radiographie du bassin de face et langage en abduction
- C - Échographie des hanches et culotte d'abduction/harnais de Pavlick
- D - Radiographie du bassin de face et culotte d'abduction/harnais de Pavlick
- E - Échographie de hanches et traction collée

Votre prise en charge permet de corriger ce problème. Vous ne revoyez Noah qu'un an plus tard, accompagné de sa maman. Elle vous explique que ce matin au réveil, Noah avait les paupières gonflées. Cela n'était jamais arrivé avant. Lors de la pesée, elle s'étonne car son fils aurait pris pas mal de poids en très peu de temps.

QCM 10

Quel(s) argument(s) en faveur du diagnostic de syndrome néphrotique idiopathique de l'enfant allez-vous rechercher ?

- A - Protéinurie > 50 mg/kg/24 h
- B - Protidémie < 30 g/L
- C - Albuminémie < 60 g/L
- D - Absence d'hypertension artérielle
- E - Syndrome œdémateux avec œdèmes blancs, mous, indolores et déclives

Votre BU retrouve des protéines à 3 x. mais pas de sang. Noah n'est pas hypertendu. Il est apyrétique.

Vous décidez de prendre en charge Noah comme un syndrome néphrotique idiopathique de l'enfant non compliqué.

QCM II

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

- A - Noah doit être hospitalisé
- B - Il faut prescrire une restriction hydrosodée
- C - Il faut prévenir une maladie thrombo-embolique veineuse dans ce contexte par HBPM systématique
- D - En cas de fièvre, une antibiothérapie probabiliste devra être débutée en urgence sans attendre les résultats des prélèvements
- E - Prise en charge à 100 %

RÉPONSES :

QCM 1 : AC - QCM 2 : BDE - QCM 3 : AC - QCM 4 : D - QCM 5 : AD - QCM 6 : ACD - QCM 7 : CDE - QCM 8 : ACD - QCM 9 : BCDE - QCM 10 : ADE - QCM 11 : ABDE.

Items abordés :

44 - Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. **53** - Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. **159** - Coqueluche. **256** - Protéinurie et syndrome néphrotique de l'adulte et de l'enfant.

Difficulté : 1 2 3



Vous voyez Lionel, 2 ans, dans votre cabinet de pédiatrie en ville, amené par ses deux parents.

La semaine dernière, leur médecin traitant avait prescrit une biologie sanguine à Lionel car celui-ci est fatigué depuis près d'un mois.

Voici les résultats : Hb : 8,5 g/dL ; VGM : 80 fL ; Réticulocytes : 200 000/mm³ ; Leucocytes : 10,6 x 10⁹/L ; Plaquettes 350 x 10⁹/L.

QCM I

Interprétez ces résultats :

- A - Anémie
- B - Normocytaire
- C - Régénérative
- D - Hyperleucocytose
- E - Bicytopénie

QCM 2

Quel(s) signe(s) clinique(s) peut(peuvent) vous orienter vers les résultats obtenus sur cette biologie sanguine ?

- A - Syndrome anémique : pâleur cutanéomuqueuse
- B - Syndrome anémique : souffle diastolique fonctionnel
- C - Syndrome hémorragique : bulles intra-buccales
- D - Syndrome infectieux : fièvre
- E - Aucune de ces réponses

En examinant Lionel, dont les parents sont originaires de Martinique, vous retrouvez des conjonctives pâles et une splénomégalie à 2 travers de doigt.

Il n'existe aucun signe de gravité immédiate.

QCM 3

Quels examens allez-vous prescrire pour compléter votre bilan et avancer dans votre diagnostic étiologique (tous vos examens doivent être justifiés) ?

- A - Frottis sanguin
- B - Coombs
- C - Dosage du G6PD
- D - Haptoglobine et bilirubinémie
- E - Électrophorèse de l'hémoglobine

Votre test de coombs est négatif.

QCM 4

En vous appuyant sur les résultats de vos examens complémentaires, quelle(s) hypothèse(s) diagnostiques pouvez-vous envisager ?

- A - Anémie hémolytique auto-immune
- B - Syndrome hémolytique urémique
- C - Thalassémie
- D - Carence martiale
- E - Hypothyroïdie

Votre frottis sanguin retrouve des GR falciformes. L'électrophorèse retrouve une bande d'Hb S mais pas d'Hb A Vous posez le diagnostic de drépanocytose. Le petit Lionel n'a malheureusement pas bénéficié du dépistage systématique de cette pathologie à la naissance.

QCM 5

À propos de cette pathologie...

- A - Elle est autosomique dominante
- B - Elle concerne les sujets d'origine africaine

- C - Elle concerne les sujets d'origine antillaise
- D - Elle fait systématiquement l'objet d'un conseil génétique lorsqu'elle est identifiée dans une famille
- E - Les sujets hétérozygotes et doubles hétérozygotes sont asymptomatiques

QCM 6

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) concernant la physiopathologie de la drépanocytose ?

- A - La corticothérapie est un facteur favorisant de complication aiguë
- B - Les GR anormaux entraînent des lésions ischémiques au sein des tissus
- C - L'hémoglobine anormale se polymérise au sein du GR en situation oxygénée
- D - Il existe une anomalie de la chaîne B de la globine
- E - Toutes ces réponses sont exactes

Vous décidez d'établir le bilan initial de la drépanocytose recommandé pour Lionel.

QCM 7

Quelle(s) donnée(s) ne fait(font) pas partie de ce bilan ?

- A - Réticulocytes
- B - Capacité totale de fixation de la transferrine
- C - Ferritinémie
- D - G6PD
- E - Aucune de ces réponses n'est correcte

Vous allez maintenant expliquer aux parents quelle va être votre prise en charge thérapeutique et votre suivi pour leur enfant.

QCM 8

Que pouvez-vous leur dire ?

- A - Une antibioprophylaxie antipneumococcique quotidienne doit être débutée et poursuivie au long cours (plusieurs années)
- B - Une supplémentation en acide folique est systématique afin de prévenir les risques de majoration de l'anémie
- C - Une supplémentation en fer est systématique afin de prévenir les risques de majoration de l'anémie
- D - Une consultation avec un médecin spécialisé annuelle
- E - Prise en charge à 100 %

Vous complétez le carnet de santé de Lionel en prenant soin de mentionner le diagnostic. Vous ajoutez son hémoglobine de base, son groupe sanguin (avec phénotypage étendu) ainsi que la taille de la rate (débord splénique).

Ses parents, vous ayant attentivement écouté sur les signes évocateurs de complication, conduisent Lionel 2 mois plus tard au service d'urgences pédiatriques le plus proche de chez eux.

Celui-ci a eu une douleur abdominale brutale et diffuse. Elle est intense et n'a pas été soulagée par le traitement entamé au domicile. Vous évoquez une complication aiguë de la drépanocytose de type crise vaso-occlusive douloureuse.

QCM 9

Quel(s) antalgique(s) a(ont) normalement été administré(s) au domicile par les parents de Lionel au début de l'épisode ?

- A - Nalbuphine
- B - Paracétamol
- C - Tramadol per os type topalgique
- D - AINS : ibuprofène per os type Advil
- E - Aucune de ces réponses n'est correcte

QCM 10

Si votre hypothèse de crise vaso-occlusive douloureuse se confirme, quelle va être votre conduite thérapeutique aux urgences ?

- A - Auto-évaluation de la douleur
- B - Hyperhydratation
- C - Antibiothérapie probabiliste
- D - Échange transfusionnel
- E - Antalgiques adaptés : MEOPA et nalbuphine, voire morphine

RÉPONSES :

QCM 1 : ABC - QCM 2 : A - QCM 3 : ABCDE - QCM 4 : BD - QCM 5 : BCD - QCM 6 : ABD - QCM 7 : C - QCM 8 : ABE - QCM 9 : BD - QCM 10 : BE.

Items abordés :

134 - Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques.
208 - Hémogramme chez l'adulte et l'enfant : indications et interprétation. **209** - Anémie chez l'adulte et l'enfant.

Références HAS

- Dépistage néonatal de la drépanocytose en France : pertinence d'une généralisation du dépistage à l'ensemble des nouveaux-nés. (2013)
- ALD n°10 - Syndromes drépanocytaires majeurs de l'enfant et de l'adolescent. (2010)
- Prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent. (2005)
- Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. (2000)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

8. La supplémentation en fer n'est réalisée qu'en cas de déficit avéré.

Difficulté : 1 2 3



Vous voyez dans votre cabinet de pédiatrie en ville, Jade, 20 mois, amenée par sa maman. Il s'agit du deuxième enfant du couple, née à 39 SA, et elle n'a pas d'antécédent notable en dehors d'une gastroentérite aiguë à l'âge de 4 mois. Jade est actuellement gardée en crèche et ce depuis 1 mois. Elle a présenté le matin même une fièvre à 39,3°C avec une éruption au niveau du visage. Sa maman vous signale que la température semble être actuellement en baisse. Elle présente également des signes d'atteinte respiratoire, notamment à type de rhinorrhée et larmolement.

Vous ne trouvez pas de signe de gravité. Il n'y a pas de contagion infectieuse dans l'entourage à priori, et elle a reçu les vaccinations obligatoires seulement.

Voici l'aspect de l'éruption que vous pouvez observer sur Jade :



QCM 1

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- A - Rougeole
- B - Rubéole
- C - Mégalérythème épidémique
- D - Exanthème subit
- E - Mononucléose infectieuse

On suppose que le diagnostic évoqué en priorité est celui retenu pour Jade.

QCM 2

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) à propos de l'épidémiologie de cette pathologie ?

- A - Elle évolue sur un mode endémo-épidémique dans les pays industrialisés
- B - Les complications sont des facteurs majeurs de morbi-mortalité infantile dans les pays industrialisés
- C - La dernière épidémie en France remonte à plus de 10 ans
- D - Il existe un réservoir important de sujets non vaccinés en France
- E - La protection finale après deux doses vaccinales correctement administrées est de 100 %

QCM 3

Que pouvez-vous dire en ce qui concerne l'aspect microbiologique de la pathologie que vous avez diagnostiquée ?

- A - Elle est due à un virus à ARN (rubivirus)
- B - La contagiosité est maximale une semaine avant et jusqu'à deux semaines après le début de l'éruption
- C - Les nourrissons sont protégés jusqu'à leurs 6 mois par les anticorps maternels
- D - La transmission se fait par voie aérienne
- E - Toutes ces réponses sont exactes

QCM 4

La pathologie diagnostiquée est actuellement dans sa phase éruptive. Quelle(s) proposition(s) est(sont) inexacte(s) concernant l'aspect clinique en règle générale de cette phase ?

- A - Exanthème maculopapuleux
- B - Évolution descendante en une seule poussée de l'éruption cutanée
- C - Adénopathie associée (occipitale notamment)
- D - Prédominance d'un syndrome pseudo-grippal à type de céphalée et courbature
- E - Toutes ces réponses sont fausses

QCM 5

Comment allez-vous confirmer le diagnostic que vous avez posé ?

- A - Le diagnostic est clinique
- B - Le diagnostic doit être confirmé par un examen paraclinique (PCR ou recherche d'IGM spécifiques sur salive ou sérum)
- C - Le diagnostic doit être confirmé par un examen paraclinique uniquement dans des cas particuliers (atypie, complication, contact avec une femme enceinte non immunisée)
- D - Si un diagnostic de certitude par une technique paraclinique est obtenu, vous modifierez votre attitude thérapeutique vis-à-vis de Jade
- E - Aucune de ces réponses n'est exacte

QCM 6

Quelle va être votre prise en charge de la pathologie de Jade ?

- A - Ambulatoire systématique
- B - Symptomatique
- C - Antibiothérapie
- D - Éviction de la collectivité non obligatoire
- E - Déclaration obligatoire

Vous décidez de mettre en place des mesures thérapeutiques préventive pour les sujets contacts...

QCM 7

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

- A - Femme enceinte non vaccinée et sans antécédent de la pathologie diagnostiquée : une dose de vaccin monovalent dans les 72 h après le contage
- B - Nourrisson âgé de 6 à 11 mois non vaccinés : 2 doses de ROR à au moins un mois d'intervalle
- C - Nourrisson de moins de 6 mois : aucune mesure si mère immunisée
- D - Sujet de plus de un an et né depuis 1980 déjà vacciné : aucune mesure
- E - Immunodéprimé : IG polyvalentes IV si pas de vaccination ou d'antécédent de la pathologie diagnostiquée

Vous décidez de traiter Jade en ambulatoire et tout rentre dans l'ordre.

Elle est cependant conduite aux urgences deux mois plus tard un dimanche en début d'après midi.

Ses parents, paniqués, vous expliquent qu'au cours de leur garden party, Jade a brutalement présenté un accès de toux, semblant même s'étouffer.

Lorsque vous la voyez, elle a pourtant l'air d'aller parfaitement bien.

QCM 8

Quelle(s) est(sont) l'(les) étiologie(s) des syndromes de détresse respiratoire aiguë du nourrisson ?

- A - Insuffisance cardiaque aiguë (myocardite infectieuse par exemple)
- B - Crise d'asthme
- C - Bronchiolite aiguë
- D - Laryngite aiguë sous-glottique
- E - Corps étranger

Vous optez pour le diagnostic d'inhalation d'un corps étranger, qui, dans ce contexte, vous semble évident.

QCM 9

Comment posez-vous le diagnostic de certitude ?

- A - Radiographie thoracique de face en inspiration
- B - Radiographie thoracique de face en expiration
- C - Une radiographie thoracique normale élimine le diagnostic
- D - Une endoscopie au tube souple est systématique
- E - Un emphysème de type obstructif est en faveur du diagnostic

QCM 10

Comment allez-vous traiter l'épisode actuel de Jade ?

- A - Endoscopie au tube souple sous AG
- B - Urgence
- C - Exploration de l'arbre bronchique dans son intégralité en endoscopie

Les parents de Jade refusent votre prise en charge car leurs invités attendent à la maison. Que leur expliquez-vous afin de les convaincre du bien-fondé de votre traitement ?

- D - Le risque de remobilisation du corps étranger est majeur
- E - Jade risque de décéder si elle n'est pas correctement traitée immédiatement

RÉPONSES :

QCM 1 : A - QCM 2 : AD - QCM 3 : CD - QCM 4 : CD - QCM 5 : AB - QCM 6 : BE - QCM 7 : CD - QCM 8 : ABCDE - QCM 9 : ABE - QCM 10 : BCDE.

Items abordés :

160 - Exanthème fébrile de l'enfant. **199** - Dyspnée aiguë et chronique. **354** - Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte. **355** - Insuffisance respiratoire aiguë.

Les conseils du spécialiste

Commentaires

3. Paramyxovirus (morbillivirus), contagiosité dès la phase d'invasion et jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption.
6. Éviction de la collectivité indispensable jusqu'à J5 après le début de l'éruption.

Difficulté : 1 2 3



Une jeune mère vous consulte dans votre cabinet de pédiatrie en ville pour Lison, 5 mois. Ce nourrisson, né à 39 SA + 3, ne présente pas d'antécédent particulier. Elle avait déjà consulté il y a deux semaines dans le cadre d'une diarrhée aiguë : le diagnostic de gastro-entérite virale avait été évoqué et un traitement symptomatique instauré. À ce jour, la symptomatologie persiste. À l'examen, les constantes sont normales. Le poids de Lison est inchangé par rapport à la pesée d'il y a deux semaines. Le reste de l'examen ne vous apprend rien d'autre.

QCM I

Que pouvez-vous dire à propos de la diarrhée chronique chez ce nourrisson et en règle générale ?

- A - Une origine fonctionnelle est ici la plus probable
- B - Une origine organique est ici la moins probable
- C - Une enquête paraclinique n'est pas nécessaire lorsque l'origine fonctionnelle est la plus probable
- D - Les étiologies à évoquer sont semblables chez le nourrisson et le petit enfant
- E - Il existe ici un retentissement pondéral

La mère vous explique qu'un allaitement artificiel a été introduit il y a trois semaines. Auparavant, Lison bénéficiait d'un allaitement maternel exclusif.

Les selles dans la couche ont un aspect acqueux.

QCM 2

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

- A - Le diagnostic à évoquer en priorité est une intolérance au sucre
- B - Le diagnostic à évoquer en priorité est une intolérance au lactose
- C - L'intolérance au lactose se recherche, entre autres, par un test respiratoire à l'hydrogène
- D - L'intolérance au lactose peut être diagnostiquée chez le grand enfant voire chez l'adolescent
- E - Aucune de ces réponses n'est exacte

Dans le cas de Lison, vous pensez à une allergie aux protéines de lait de vache.

QCM 3

Quel(s) argument(s) est(sont) en faveur de ce diagnostic dans cette observation ?

- A - Âge
- B - Sexe
- C - Chronologie
- D - Aspect des selles
- E - Gastro-entérite virale ayant précédé le diagnostic

QCM 4

Que pouvez-vous dire à propos de cette pathologie ?

- A - Elle a un mécanisme IGE dépendant (hypersensibilité retardée de type IV)
- B - Elle a un mécanisme IgE indépendant (hypersensibilité immédiate de type I)
- C - Elle disparaît entre 12 et 18 mois dans 20 % des cas
- D - Si au moins un des parents est atopique, la seule option est d'introduire un lait hypoallergénique jusqu'à la diversification alimentaire en prévention primaire
- E - Aucune de ces réponses n'est exacte

QCM 5

Comment allez-vous argumenter votre diagnostic ?

- A - Test cutané : prick test (hypersensibilité de type I)
- B - Test cutané : patch test (hypersensibilité de type IV)
- C - Dosage des IgE spécifiques
- D - Les tests cutanés apportent la preuve diagnostique en cas de positivité
- E - Toutes ces réponses sont exactes

Devant le cas de Lison, vous décidez de proposer directement un traitement probabiliste sans vous encombrer d'examen paraclinique.

QCM 6

Quelle(s) explication(s) donnez-vous à la maman ?

- A - Régime d'exclusion des protéines de lait de vache à vie
- B - L'alimentation actuelle peut être remplacée par l'allaitement maternel
- C - L'alimentation actuelle peut être remplacée par un hydrolysé poussé des protéines de lait de vache
- D - Prise en charge à 100 % (ALD)
- E - La surveillance du poids de Lison est indispensable

Quelques semaines plus tard alors que vous avez pris une garde aux urgences pédiatriques du coin, vous êtes appelé pour un retard d'élimination du méconium.

QCM 7

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

- A - Un retard d'élimination du méconium est défini après 48 h de vie
- B - Vous évoquez systématiquement une hypothyroïdie
- C - Vous évoquez systématiquement une mucoviscidose
- D - Vous évoquez systématiquement une maladie de Hirschprung
- E - Toutes ces réponses sont exactes

Votre examen clinique est sans équivoque : ampoule rectale vide et débacle de selles lors du retrait du doigt.

QCM 8

Que pouvez-vous dire à propos de la pathologie que présente probablement ce nouveau-né ?

- A - Vous auriez pu l'évoquer dans le cadre d'un syndrome occlusif néonatal
- B - Il existe un défaut de propulsion fécale dans la partie proximale du tube digestif
- C - Il s'agit d'une maladie à transmission autosomique récessive
- D - L'aganglionose concerne systématiquement l'anus et remonte plus ou moins haut dans le tube digestif
- E - C'est un diagnostic fréquent

QCM 9

Que vous attendez-vous à retrouver au cours de vos investigations paracliniques ?

- A - Lavement opaque : disparité de calibre, stagnation de produit de contraste en zone sus-jacente dilatée
- B - Biopsies rectales étagées : aganglionose, hyperplasie des fibres cholinergiques à l'ACE
- C - Manométrie rectale : absence de réflexe recto-anal inhibiteur
- D - ASP : distension rectale, absence d'aération colique
- E - Test à la sueur positif

Après avoir identifié la zone aganglionnaire, vous la retirez chirurgicalement.

QCM 10

De façon générale, quelles propositions sont exactes concernant la constipation de l'enfant ?

- A - Elle peut être fonctionnelle ou organique. L'origine fonctionnelle est la plus fréquente
- B - Des règles hygiéno-diététiques seront instaurées en monothérapie en première intention
- C - Si un traitement médicamenteux est nécessaire, il faudra d'abord effectuer un lavement hypertonique (évacuation de la stase distale) avant d'introduire des laxatifs osmotiques (traitement de fond)
- D - Elle nécessite une investigation paraclinique systématique
- E - L'encoprésie est la première complication à redouter

RÉPONSES :

**QCM 1 : DE - QCM 2 : CD - QCM 3 : ACD - QCM 4 : E -
QCM 5 : ABC - QCM 6 : BCE - QCM 7 : BCD - QCM 8 :
AD - QCM 9 : ABC - QCM 10 : ABCE.**

Références HAS

- Indications du dosage des IGE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des maladies allergiques. (2005)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

1. La diarrhée chronique du nourrisson d'origine fonctionnelle est un diagnostic d'élimination.
4. Mécanisme IgE dépendant (hypersensibilité immédiate type I) et indépendante (hypersensibilité retardée type IV), disparition entre 12 et 18 mois dans 80 % des cas, la prévention primaire passe également par l'allaitement maternel...
6. Exclusion des protéines de lait de vache jusqu'à 12-18 mois sauf en cas de choc.
7. Retard d'élimination du méconium à/p de 36 h de vie.

Difficulté : 1 2 3



Vous voyez en consultation Emma, 3 ans, pour une otalgie aiguë droite associée à une fièvre modérée. 3^e enfant du couple, Emma, née à 37 SA + 2, présente comme antécédents un RCIU et des OMA à répétition. Elle a reçu tous les vaccins indiqués pour son âge, obligatoires et recommandés. Sa courbe de croissance staturale est toujours à -2DS. Lors de votre examen clinique, la douleur et la fièvre vous paraissent plutôt bien tolérés. Il n'existe aucun signe de complication. L'examen otoscopique confirme le diagnostic d'OMA aiguë purulente droite.

QCM I

Que pouvez-vous dire à propos de votre examen clinique ?

- A - Vous avez fait appel à une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur (type EVENDOL)
- B - Tympan droit d'aspect inflammatoire
- C - Épanchement rétro-tympanique droit
- D - Tympan droit congestif
- E - Toutes ces réponses sont exactes

QCM 2

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) concernant le RCIU ?

- A - Il correspond à des mensurations à la naissance (poids et/ou taille) inférieures à -2DS des courbes de référence pour l'âge gestationnel et le sexe
- B - Le RCIU dysharmonieux est le plus fréquent et témoigne d'un processus pathologique (type vasculaire) intervenu précocément au cours de la grossesse
- C - Le RCIU harmonieux est de moins bon pronostic
- D - Les RCIU sont idiopathiques dans 20 à 30 % des cas
- E - Le RCIU expose le nouveau-né à l'augmentation du risque de syndrome métabolique à l'âge adulte

QCM 3

Quelle(s) proposition(s) est(sont) fausses à propos de l'OMA ?

- A - Le pic d'incidence des OMA purulentes se situe entre 6 et 24 mois
- B - Les principales bactéries responsables des OMA purulentes du nourrisson sont le streptococcus pneumonia et l'haemophilus influenzae B
- C - La généralisation du vaccin pneumococcique conjugué

à 7 valenes et la réduction de prescription des antibiotiques ont entraîné une diminution des OMA à pneumocoque et de sa résistance à la pénicilline

- D - La rhinopharyngite virale est un facteur de risque de survenue de l'OMA
- E - Toutes les réponses ci-dessus sont vraies

QCM 4

Quel traitement de l'OMA allez-vous instaurer chez Emma ?

- A - Antibiothérapie (pénicilline en l'absence d'allergie) pendant 5 jours
- B - Réévaluation à 48-72 h en cas de persistance des symptômes
- C - Probabiliste
- D - Mesures symptomatiques antalgique et antipyrétique (dont paracétamol)
- E - Une paracentèse pourra être effectuée s'il existe une hyperalgie résistante au traitement antalgique bien conduit

Les symptômes d'Emma sont rapidement régressifs grâce au traitement que vous instaurez. Cependant, elle multiplie les épisodes d'OMA...

QCM 5

Concernant les OMA récidivantes...

- A - Elles sont définies par la survenue d'au moins 2 épisodes d'OMA sur une durée inférieure à 6 mois séparés chacun par un intervalle libre d'au moins 3 semaines
- B - L'arrêt du tabagisme parental fait partie intégrante de la prévention
- C - L'adénoïdectomie ne sera à envisager que si le caractère récidivant est mal toléré et après échec des autres thérapeutiques
- D - Les aérateurs trans-tympaniques sont une solution préventive
- E - Toutes ces réponses sont exactes

Vous revoyez Emma en consultation alors qu'elle a à présent 6 ans. Vous constatez que sa courbe de croissance staturale a commencé à s'infléchir alors que la courbe de croissance pondérale reste stable.

QCM 6

De manière générale, quel(s) argument(s) aurait(ent) pu vous faire évoquer un syndrome de Turner chez Emma ?

- A - Nuque épaisse sur une échographie de contrôle au cours de la grossesse
- B - Atrésie duodénale du nouveau-né
- C - Antécédent de syndrome de Turner dans la fratrie
- D - Anomalie chromosomique chez un des parents
- E - Syndrome de Bonneville-Ulrich du nouveau-né

QCM 7

Qu'allez-vous chercher chez Emma en faveur d'un syndrome de Turner ?

- A - Retard mental
- B - Cubitus varus
- C - Anomalie du développement psycho-moteur
- D - L'absence d'un phénotype Turnérien élimine le diagnostic
- E - Aucune de ces réponses n'est exacte

Le bilan que vous effectuez est sans appel : caryotype standard 45XO.

Maintenant que vous tenez votre diagnostic, vous souhaitez effectuer des explorations complémentaires afin de bilanter la pathologie d'Emma.

QCM 8

Quelle(s) maladie(s) associée(s) à la pathologie d'Emma connaissez-vous ?

- A - Cardiaque : communication inter-auriculaire
- B - Vasculaire : HTA
- C - Auto-immune : thyroïdite de Hashimoto
- D - Oculaire : cataracte congénitale
- E - Rénale : rein en fer à cheval

Une complication est retrouvée au niveau de la sphère ORL. En effet, l'examen otoscopique ramène cette image :



QCM 9

Que vous attendez-vous à trouver lors de l'exploration paraclinique de l'anomalie constatée à l'otoscopie ?

- A - Audiométrie tonale : surdité de perception de 27 dB en moyenne sur les fréquences conversationnelles
- B - Études des seuils en conduction aérienne et osseuse : surdité de transmission dont l'aspect de la courbe est à pente ascendante des graves vers les aigus
- C - Tympanogramme : pic dévié vers les pressions négatives
- D - Les PEA peuvent être modifiés
- E - Toutes les réponses sont fausses

QCM IO

Quels éléments feront partie de la prise en charge thérapeutique d'Emma ?

- A - Bilan orthophonique
- B - Traitement par hormone de croissance (GH) dès le diagnostic
- C - 100 %
- D - Traitement par œstrogènes dès le diagnostic
- E - Pose d'aérateurs trans-tympaniques systématique

QCM II

Quelle(s) proposition(s) est(sont exacte(s) à propos du traitement par hormone de croissance (GH) ?

- A - Il est indiqué dans le RCIU sans rattrapage à partir de 2 ans
- B - Il s'agit d'un traitement d'exception
- C - Il se présente sous la forme d'une injection SC quotidienne
- D - L'hypertension intra-crânienne est un effet secondaire indésirable possible
- E - Toutes ces réponses sont exactes

RÉPONSES :

QCM 1 : ABCDE - **QCM 2** : CDE - **QCM 3** : B - **QCM 4** : BCDE - **QCM 5** : BCD - **QCM 6** : AE - **QCM 7** : E - **QCM 8** : ACE - **QCM 9** : BD - **QCM 10** : ABC - **QCM 11** : BCD.

Items abordés :

29 - Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention. **44** - Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. **51** - Retard de croissance staturo-pondéral. **134** - Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques. **147** - Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant.

Références HAS

- Indications du dosage des IGE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des maladies allergiques (2005).

Les conseils du spécialiste

Commentaires

2. A. Correspond à la définition de l'hypotrophie, le RCIU se définit par la diminution de la vitesse de croissance fœtale évaluée au cours du suivi obstétrical.

10. Œstrogénothérapie habituellement initiée vers 12 ans afin d'induire la puberté.

Difficulté : 1 2 3



Alicia, 16 ans, sans antécédent particulier, vous est amenée en consultation par sa mère qui est inquiète pour sa fille. En effet, cette dernière a énormément maigri. Depuis deux mois maintenant, elle ne mange quasiment plus rien et prend ses repas toute seule dans sa chambre après les avoir soigneusement préparé (compte rigoureux des calories). Elle n'a également plus ses règles depuis 3 mois. Alicia ne vomit pas. Quand vous l'interrogez, elle ne comprend pas pourquoi elle est là : en effet, elle va très bien et si elle surveille sa ligne c'est à cause de son ventre qui lui semble bien gras.

QCM I

Selon vous, quel est le diagnostic le plus probable ?

- A - Trouble du comportement alimentaire
- B - Boulimie
- C - Anorexie mentale
- D - Grossesse
- E - Une origine organique ne peut être éliminé d'emblée

QCM 2

Dans cette observation, quel(s) est(sont) l'(les) argument(s) en faveur de ce diagnostic ?

- A - Sexe
- B - Âge
- C - Absence d'antécédent
- D - Absence de conduite purgative
- E - Toutes ces réponses sont exactes

QCM 3

Qu'allez-vous rechercher cliniquement pour argumenter positivement votre diagnostic ?

- A - Œdème des membres inférieurs
- B - Constipation
- C - Lanugo
- D - Hypertrichose
- E - Reflux gastro-œsophagien

À l'examen clinique, les constantes sont sans particularité. Alicia mesure 1,62 m pour 42 kg. Son corps est globalement anguleux et décharné, ses joues sont creusées. Vous prescrivez un bilan paraclinique de débrouillage en urgence.

QCM 4

Qu'allez-vous rechercher avec vos examens paracliniques pour argumenter positivement votre diagnostic ?

- A - Anémie hypochrome
- B - Hyperkaliémie
- C - Augmentation de la bilirubine et des transaminases
- D - Hypercholestérolémie
- E - Thrombocytose

QCM 5

Quel(s) va(vont) être le(les) critère(s) d'hospitalisation dans le cas d'Alicia ?

- A - IMC < 14
- B - Hypothermie < 36°C
- C - Hyperthermie
- D - Hypoglycémie < 0,6 g/L
- E - Toutes ces réponses sont exactes

Alicia ayant perdu 6 kg sur les deux dernières semaines, vous décidez de l'hospitaliser.

QCM 6

Quelles vont être vos premières mesures aux urgences ?

- A - G5 % IV
- B - Hydratation per os abondante
- C - Nutrition entérale systématique
- D - Supplémentation en potassium systématique
- E - Supplémentation en phosphore systématique

À tort ou à raison, vous décidez d'introduire immédiatement une renutrition par voie entérale.

Après 48 h, un de vos infirmiers vous contacte car Alicia lui semble mal en point.

Quand vous arrivez, la jeune femme est dyspnéique et se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit. Sa fréquence cardiaque est à 169 et il existe des crépitations bi-basaux lors de l'auscultation pulmonaire. Les membres inférieurs sont œdémateux.

Les reflexes ostéo-tendineux aux membres inférieurs sont abolis.

QCM 7

Que pensez-vous de votre examen cardio-pulmonaire ?

- A - Il existe des signes d'insuffisance cardiaque gauche
- B - Il existe des signes d'insuffisance cardiaque droite
- C - La dyspnée est probablement d'origine cardiaque
- D - Il existe une atteinte du système nerveux central
- E - Il existe une atteinte neurogène périphérique

Devant le diagnostic évident de syndrome de renutrition inappropriée, alicia est transférée en réanimation.

QCM 8

Quelles sont les anomalies que vous pourriez constater sur le bilan biologique dans le cadre de ce SRI ?

- A - Kaliémie < 3,5 mmol/L
- B - Hypophosphorémie
- C - Carence vitaminique
- D - Hypercalcémie
- E - Hypermagnésémie

Alicia finit par se tirer d'affaire après une prise en charge adaptée.

Un an plus tard, elle se présente aux urgences avec une douleur en fosse iliaque droite.

QCM 9

Que ne manquerez-vous pas de préciser lors de votre interrogatoire ?

- A - Date des dernières règles
- B - Fièvre et frissons constatés au domicile
- C - Antécédent d'appendicectomie
- D - Heure du dernier repas
- E - Toutes ces réponses sont exactes

À l'examen clinique, la température est à 38,1°C et la fréquence cardiaque à 100. Il existe une défense en fosse iliaque droite. Alicia vous explique qu'elle a présenté une diarrhée ces dernières 24 h mais que maintenant elle se sent ballonnée. Elle n'a jamais été opérée. Ses dernières règles datent d'il y a une semaine environ. Enfin, elle n'a présenté aucun signe d'infection urinaire récemment et il n'y a d'ailleurs pas de douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite.

La biologie sanguine que vous avez prescrite en urgence retrouve une CRP à 50 et une discrète hyperleucytose.

QCM 10

Quel va être votre comportement face à la pathologie que vous suspectez chez Alicia ?

- A - Appel de l'anesthésiste de garde
- B - Traitement étiologique : antibiothérapie per os (type Augmentin)
- C - Traitement symptomatique : antalgiques et antipyrétiques
- D - Traitement chirurgical
- E - Toutes ces réponses sont bonnes

RÉPONSES :

QCM 1 : ACE - QCM 2 : ABC - QCM 3 : ABCDE - QCM 4 : ACD - QCM 5 : CD - QCM 6 : E - QCM 7 : ABCE - QCM 8 : ABC - QCM 9 : ABCDE - QCM 10 : ACD.

Items abordés :

69 - Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. 249 - Amaigrissement à tous les âges : exemple de l'adolescent.

Références HAS

Anorexie mentale : prise en charge. (octobre 2010)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

2. Les conduites purgatives se voient dans l'anorexie mentale.
4. Éliminer une grossesse est impératif chez une adolescente qui présente une aménorrhée secondaire !
5. Critères HAS 2010.
6. Pas d'apport en glucose, hydratation per os limitée à 1 L/24 h, l'hypophosphorémie est à risque d'insuffisance cardiaque, attention au syndrome de renutrition inappropriée !
8. Le SRI correspond à l'ensemble des symptômes cliniques et des perturbations métaboliques qui surviennent au début ou en cours de renutrition chez des sujets dénutris chroniques ou ayant subi un jeûne prolongé. Il se caractérise par une HYPO-tout (dont hypophosphorémie+++ responsable de symptômes décrits précédemment entre autres). Le SRI doit impérativement être prévenu par une renutrition progressive.

Difficulté : 1 2 3



Vous voyez aux urgences Florent, 5 semaines. Il est né à 37SA + 1, mesurait 46 cm et pesait 2,3 kg. Sa maman est séropositive pour le VIH connue et l'accouchement s'était passé normalement. Elle vient vous voir car le matin même, Florent a présenté une fièvre à 38,1°C et deux selles liquides.

QCM I

Quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) concernant la grossesse chez une femme séropositive pour le VIH ?

- A - Il existe un risque de transmission materno-fœtale in utero
- B - Le traitement anti-rétroviral de la mère n'est pas systématique pendant la grossesse et l'accouchement
- C - Le risque de transmission materno-fœtale est minime lorsque la charge virale de la mère à l'accouchement est < à 50 copies/mL (estimé à 0,3 %)
- D - Le traitement anti-rétroviral de l'enfant sera systématique dès la naissance pour une durée minimum de un an (traitement post-natal prophylactique)
- E - Il existe un risque d'embryo-foetopathie

QCM 2

Quel diagnostic envisagez-vous immédiatement devant la présentation clinique de Florent ?

- A - Primo-infection VIH
- B - Toxoplasmose
- C - Gastro-entérite aiguë virale
- D - Infection materno-fœtale
- E - Otite moyenne aiguë

QCM 3

À propos de l'infection materno-fœtale...

- A - La fièvre maternelle en fin de travail est un critère majeur de suspicion d'IMF bactérienne
- B - La fièvre maternelle est un des facteurs de risques principaux d'IMF
- C - Un liquide amniotique teinté est un critère mineur de suspicion d'IMF bactérienne
- D - L'examen de référence pour le diagnostic sera l'hémoculture (sensibilité excellente)
- E - Les deux germes les plus fréquents sont les streptocoques *agalactia* et *E. coli*

QCM 4

Parmi les examens complémentaires suivant, lequel (lesquels) ne pratiquerez-vous pas ?

- A - Ponction lombaire
- B - Hémocultures
- C - ECBU
- D - BU
- E - Aucune de ces réponses

Lors de votre examen physique, vous ne trouvez pas de signe d'infection potentiellement sévère chez Florent.

QCM 5

Que cela signifie-t-il ?

- A - Il n'y a pas de critère de gravité
- B - Il peut exister une difficulté à l'alimentation < 24 h
- C - Absence de tachycardie
- D - Absence de trouble du comportement (type irritabilité, inconsolabilité)
- E - Le temps de recoloration cutané est < 3 secondes

Vous évoquez une pyélonéphrite aiguë à la vue de votre ECBU.

QCM 6

Quelle modalité de prélèvement avez-vous privilégié chez Florent pour votre ECBU ?

- A - Sondage vésical aller/retour
- B - Poche stérile (avec désinfection soigneuse et temps de pose ≤ 30 min)
- C - Recueil du second jet d'urine dans pot stérile
- D - Ponction sus-pubienne écho-guidée
- E - Aucune de ces réponses

Vous avez opté pour le recueil par collecteur.

QCM 7

Sur quelle(s) donnée(s) de votre ECBU avez-vous posé votre diagnostic ?

- A - Bactériémie $>$ ou $=$ à 10^5 UFC/mL
- B - Leucocyturie $>$ ou $=$ à 10^3 /mL

- C - Bactériurie \geq ou $=$ à 10^4 UFC/mL
- D - La présence de plusieurs espèces bactériennes au direct et/ou à la culture aurait imposé un second prélèvement
- E - Aucune de ces réponses

QCM 8

Quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) concernant l'antibiothérapie que vous allez introduire chez Florent ?

- A - Bi-antibiothérapie en IV en urgence (type C3G + aminoside)
- B - En cas d'allergie aux β -lactamines, on utilisera un aminoside en monothérapie IV
- C - La toxicité de l'aminoside est uniquement rénale
- D - Le spectre de l'antibiothérapie pourra être réduit lorsque les résultats de l'examen direct seront sortis
- E - On envisagera un relais per os lorsque l'enfant sera redevenu asymptomatique

QCM 9

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) feront partie du bilan étiologique pour cette PNA ?

- A - Échographie rénale
- B - Échographie vésicale
- C - Cystographie rétrograde (à distance sur urines stériles)
- D - UIV
- E - Scintigraphie rénale au DMSA

QCM 10

Quelles uropathies malformatives allez-vous redouter en priorité ?

- A - Méga-uretère
- B - Duplication de la voie excrétrice
- C - Syndrome de la jonction pyélo-urétérale
- D - Extrophie vésicale
- E - Reflux vésico-urétéral

Au terme de votre bilan, vous pensez à un RVU fonctionnel.

QCM II

Quel(s) argument(s) est (sont) en faveur de ce diagnostic ?

- A - Sexe masculin
- B - Troubles mictionnels mineurs
- C - Échographie de l'arbre urinaire normale
- D - Fréquence
- E - Toutes ces réponses sont exactes

Au cours d'une autre garde, vous êtes appelé pour un adolescent de 14 ans ayant une douleur testiculaire gauche.

QCM I2

Quel(s) argument(s) clinique(s) recherchez-vous en faveur d'une torsion du cordon spermatique gauche ?

- A - Toucher rectal douloureux
- B - Abolition du réflexe crémastérien
- C - Testicule rétracté à l'anneau inguinal et verticalisé
- D - Signe de Prehn positif
- E - Abolition du flux sanguin artério-veineux à l'échographie-doppler

Le diagnostic de torsion du cordon spermatique gauche est confirmé.

QCM 13

Quelle est votre prise en charge ?

- A - Urgence chirurgicale
- B - Orchidopexie gauche si viabilité du testicule gauche jugée suffisante en per-opératoire
- C - Le traitement chirurgical doit être réalisé dans les 6 h suivant le début de la douleur
- D - L'autorisation parentale d'opérer n'est pas obligatoire dans ce cas
- E - Explication à donner concernant les risques à distance, notamment d'hypofertilité et d'atrophie testiculaire

RÉPONSES :

QCM 1 : AC - QCM 2 : D - QCM 3 : BCE - QCM 4 : D - QCM 5 : CDE - QCM 6 : B - QCM 7 : D - QCM 8 : AB - QCM 9 : AB - QCM 10 : ACE - QCM 11 : CDE - QCM 12 : B - QCM 13 : ABC.

Items abordés :

26 - Prévention des risques fœtaux : infections, médicaments, toxiques, irradiation. **48** - Pathologie génito-scrotale chez le garçon et chez l'homme. **144** - Fièvre aiguë de l'enfant. **157** - Infections urinaires de l'enfant. **165** - Infections à VIH.

Références HAS

ALD n°7 - Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (2007)

À voir également :

- Le rapport Morlat (VIH).

Les conseils du spécialiste

Commentaires

4. BU non fiable avant l'âge de 3 mois.
5. La fièvre de l'enfant de moins de 3 mois est un critère de gravité en soi (qui plus est à un âge < 6 semaines)
7. Attention au risque de contamination du prélèvement, la confirmation du diagnostic à l'ECBU comporte leucocyturie > ou = à 10^4 /mL (direct) et bactériurie > ou = 10^5 UFC/mL (culture)
8. Les aminosides ont également une toxicité cochléo-vestibulaire.
9. La cystographie rétrograde ne sera effectuée qu'en cas d'anomalie à l'échographie et/ou de PNA répétées.

BONUS

QUESTIONS ISOLÉES

QCM 1

Quels indices cliniques doivent vous faire suspecter un ictère néonatal pathologique ?

- A - Des signes d'hémolyse (splénomégalie)
- B - Des signes de cholestase (selles foncées, urines décolorées)
- C - Une survenue avant les 48 h de vie
- D - Une durée supérieure à 10 jours
- E - Une bilirubinémie supérieure 100 mmol/L

QCM 2

Quelles étiologies devez-vous évoquer dans le cadre d'un ictère néonatal ?

- A - Ictère à bilirubine conjuguée : infection à *E.coli*
- B - Ictère à bilirubine conjuguée : infection materno-fœtale
- C - Ictère à bilirubine libre : ictère au lait de mère
- D - Ictère à bilirubine libre : incompatibilité materno-fœtale
- E - Ictère à bilirubine libre : mucoviscidose

QCM 3

Quels points d'appel devront vous faire évoquer un trouble envahissant du développement de type autisme chez un enfant ?

- A - Pauvreté des interactions sociales
- B - Absence d'association de mots à 18 mois
- C - QI inférieur à 70
- D - Perte du langage (quel que soit l'âge)
- E - Antécédent d'autisme dans la famille

QCM 4

Concernant les institutions de prise en charge durant l'enfance...

- A - La protection de l'enfance est assurée par la protection médicosociale (PMI pour les moins de 6 ans puis service de santé scolaire), par la protection sociale dépendant du conseil général (ASE), et par une protection judiciaire (procureur de la République)
- B - La PMI (protection maternelle et infantile) assure la mise en place de projets d'accueil individualisés (PAI)
- C - La médecine scolaire assure la mise en place de programmes personnalisée de soins (PPS)

- D - Les services de PMI sont destinataires des avis de naissance et des certificats de santé
- E - L'ASE correspond à l'Aide au Suivi de l'Enfance

QCM 5

Vous suspectez une angine bactérienne chez un enfant de 4 ans. Quelle(s) réponse(s) est (sont) inexacte(s) ?

- A - Un test de diagnostic rapide est obligatoire avant l'instauration d'une antibiothérapie (recherche de streptocoque du groupe A)
- B - Une culture du prélèvement pharyngé est obligatoire avant l'instauration d'une antibiothérapie
- C - L'antibiothérapie de première intention pour une angine à SGA sera de l'amoxicilline 50 g/kg/j pendant 6 jours
- D - Un torticolis fébrile doit vous faire évoquer une complication de type abcès rétro-pharyngé ou rétrostylien
- E - La survenue d'un syndrome post-streptococcique après une angine à SGA type glomérulonéphrite aiguë (GNA) est une indication à l'amygdalectomie préventive

QCM 6

Quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) à propos du souffle cardiaque fonctionnel ?

- A - Il est mésosystolique (souffle éjectionnel)
- B - Il augmente en cas de fièvre et à l'effort, diminue à l'orthostatisme ou au repos
- C - Aucun examen complémentaire cardiologique n'est habituellement indiqué, quel que soit l'âge de l'enfant
- D - La pratique du sport devra être encadrée
- E - Il ne nécessite aucune mesure préventive et permet la réassurance des parents et de l'enfant

QCM 7

Quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) à propos des fractures chez l'enfant ?

- A - Il faut systématiquement demander un cliché bilatéral et comparatif en traumatologie pédiatrique
- B - À la radiologie, le refoulement des liserés graisseux péri-articulaires est un signe indirect de fracture
- C - La classification de Salter et Harris permet de classer les types de fractures pédiatriques

- D - Le traitement de référence sera orthopédique chez l'enfant. Il n'y aura pas d'anticoagulation ni de kinésithérapie systématique comme chez l'adulte
- E - Toutes ces réponses sont exactes

QCM 8

Vous découvrez une adénopathie superficielle chez un enfant sans aucun signe d'urgence. Quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) dans ce contexte ?

- A - Une adénopathie superficielle multiple n'est jamais tumorale maligne
- B - Si elle est multiple et que l'on évoque une cause infectieuse, la biologie de première intention comprend une NFS et un frottis sanguin
- C - Une adénopathie localisée et inflammatoire peut correspondre à une adénite d'origine bactérienne mais également à un lymphome
- D - Il faut systématiquement effectuer un examen des territoires de drainage à la recherche d'une lésion à l'origine d'adénopathies localisées. Ainsi, un ganglion axillaire fera évaluer les membres supérieurs et la paroi thoracique
- E - Toutes ces réponses sont exactes

QCM 9

Quelle(s) cause(s) infectieuse(s) virale(s) peut(peuvent) être suspectée(s) devant une adénopathie chez l'enfant ?

- A - Toxoplasmose
- B - Maladie de Lyme
- C - Rubéole
- D - Scarlatine
- E - Aucune de ces réponses

RÉPONSES :

QCM 1 : AD - QCM 2 : ACD - QCM 3 : ADE - QCM 4 : ACD - QCM 5 : BCE - QCM 6 : ABE - QCM 7 : BD - QCM 8 : BCD - QCM 9 : C.

Items abordés :

44 - Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal.
53 - Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage. **146** - Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngite de l'enfant. **216** - Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant. **236** - Souffle cardiaque chez l'enfant. **275** - Diagnostiquer un ictère chez le nouveau-né, identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. **360** - Fractures de l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Références

- Autisme et troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012)

Les conseils du spécialiste

Commentaires

2. Retenir les infections néonatales, l'incompatibilité ABO, l'atrésie des voies biliaires, l'infection à *E. Coli*, l'ictère simple et l'ictère au lait de mère (ces deux derniers diagnostics étant des diagnostics d'élimination).
3. Dès qu'il y aura un aspect pathologiques dans les développement psychomoteur/intellectuel/affectif/social, il faudra impérativement rechercher une organicité (anomalie sensorielle de l'audition ou de la vision++).
4. La PMI assure des consultations gratuites ainsi que des actions de prévention et de dépistage, la médecine scolaire établit PAI/PPS et assure des missions d'éducation à la santé.
6. La découverte d'un souffle quel qu'il soit avant 1 an doit faire solliciter l'avis d'un cardiopédiatre et engendrer la réalisation une échographie cardiaque trans-thoracique.
7. La classification de Salter et Harris permet de classer les types de décollements épiphysaires, retenir l'aspect des fractures spécifiques à l'âge.

Avec la collection **ECN-Intégrale,
prenez une longueur d'avance !**

L'examen national classant a été modifié en profondeur ces dernières années. Le récent passage des cas cliniques écrits aux dossiers progressifs en QCM a radicalement changé la donne, prolongeant la volonté des rédacteurs et des correcteurs de faire des questions les plus « fermées » possibles.

C'est pourquoi nous avons décidé de rédiger cette collection qui se soumet aux dernières règles en vigueur concernant la rédaction des dossiers de 15 questions, à 5 propositions chacune.

Nous espérons qu'elle vous permettra une préparation sereine avec un résultat positif à l'arrivée.

Ces cas ont été rédigés avec soin, et dans la lignée de ceux rédigés pour la banque, sous la supervision de Chefs de Clinique et Professeurs eux-mêmes rédacteurs pour l'ECNi. Il se pourrait même que certaines questions en soient librement inspirées.

À bon entendeur !

L'équipe de rédaction

